

Revisión y actualización del *Código de ética y buen gobierno* del Instituto de Diagnóstico Médico S.A.

Contexto Normativo:

Circular 003 de 2018 – SUPERSALUD Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario Colombia Resolución 5095 de 2018

Introducción

De acuerdo a las facultades legales con las que cuenta La Superintendencia Nacional De Salud en los numerales 10, 12, 23 y 42 del artículo 6 del decreto 1018 de 2007 se considera de especial importancia impartir instrucciones que orienten la gestión de las instituciones aseguradoras, prestadoras del sistema general de seguridad social en salud.

Siendo así por parte de esta superintendencia solicita que se ejecuten los procesos de elaboración de los códigos de ética en cumplimiento a literal h) del artículo 40 de la ley 1122 de 2007.

De igual forma, dando cumplimiento a la Circular externa 003 del 24 de mayo de 2018 de la Superintendencia de salud, en la cual dicho órgano de control conceptúa las Instrucciones generales para la implementación de Mejores prácticas organizacionales - código de Conducta y de buen gobierno IPS de los grupo C1 y C2, se realizó de acuerdo al plan operativo institucional la revisión y actualización de documento en su versión anterior.

Teniendo en cuenta que el objetivo del código de ética y de buen gobierno, es la implementación voluntaria de las medidas que garanticen la mitigación de los riesgos de nuestra institución, sin perjuicio de que algunas de estas medidas resulten de obligatorio cumplimiento por estar consagradas en la normatividad vigente. Para el cumplimiento de este código, la institución define los responsables de la ejecución del mismo y su relación con los demás actores del sistema y en particular, con los usuarios del servicio de salud, mediante la definición de valores, los principios y el marco normativo ético que debe determinar el comportamiento de la organización y sus miembros, su forma de organización y operación y la relaciones de gobierno aplicables.

En concordancia a todo lo normado desde la Gerencia General se determina el Código de Ética y Buen Gobierno para el **Instituto de Diagnóstico Médico S.A.**

1. Objeto y campo de aplicación

El código de Ética y Buen Gobierno del **Instituto de Diagnóstico Médico S.A** recopila los principios, medidas, políticas, mecanismos y procedimientos que rigen el gobierno corporativo de la empresa; con el objetivo de garantizar la adecuada administración de los negocios, el trato equitativo y el conocimiento de los aspectos relevantes con los que se orienta y opera la institución.

1.1. Campo de aplicación

Este documento aplica a todos los niveles de la organización y las partes interesadas definidas en el documento ID-MN-001 - Manual de Planeación Estratégica:

- Cliente Usuario y familiares
- Cliente contratante
- Gobierno-Entes de Vigilancia y Control
- Comunidad del sector
- Empleados
- Proveedores
- Inversionistas

Lo anterior, busca comunicar los compromisos de la alta dirección respecto a la gestión de su labor de gobierno, generando confianza tanto en los clientes internos como externos.

En consecuencia, desde el cumplimiento del Programa de auditoría de mejoramiento en Calidad de nuestra institución, para el año 2018 y 2019, el estándar de Acreditación priorizado dentro de la matriz de autoevaluación es el Estándar 96. Código: (GER.9) el cual menciona que la organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia, por lo cual será objetivo de medición la divulgación y adherencia al presente documento (Medida 106 literal i, Circular Externa 003/2018)

1.2. Glosario

Código de ética: También denominado código de CONDUCTA, es el documento que compendia las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformado por los principios, valores y directrices que en coherencia con el Código del Buen Gobierno todo funcionario de la institución debe observar y aplicar en el ejercicio de sus funciones.

Código del buen gobierno: También denominado código de gobierno corporativo, se define como el documento que compila los compromisos éticos de la alta Dirección respecto a la gestión, íntegra, eficiente y transparentemente su labor de dirección y/o gobierno, que a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación, son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza en los clientes externos e internos.

Misión: Es el motivo, propósito, fin o razón de ser de la existencia de una empresa u organización.

Políticas: Directrices u orientaciones por las cuales la Alta Dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la gestión de servicio, para el cumplimiento los objetivos estratégicos y misionales de la institución, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y propósitos.

Principio: Causa fundamental o verdad universal; lo inherente a cualquier cosa. La explicación última del ser de algo. La fuente primaria de todo ser, de toda la actualidad y de todo conocimiento.

Principios éticos: Creencias básicas sobre la forma correcta de relacionarnos interna y externamente, desde las cuales se erige el sistema de valores éticos al cual el servidor o el grupo de trabajo se adscriben.

Responsabilidad social: La responsabilidad social corporativa (RSC) también llamada responsabilidad social empresarial (RSE), puede definirse como la contribución activa y voluntaria al mejoramiento social, económico y ambiental por parte de las empresas, generalmente con el objetivo de mejorar su situación competitiva y valorativa, así como su valor añadido. El sistema de evaluación de desempeño conjunto de la organización en estas áreas es conocido como el triple resultado.

Riesgos: Posibilidad de ocurrencia de eventos, tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de los objetivos de la Entidad, entorpeciendo el desarrollo normal de sus funciones o generando oportunidades para su cumplimiento.

Sistema obligatorio de garantía de calidad: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país establecido por el Decreto 1011 de 2006.

Valores: Formas de ser y actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades nuestras y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana.

Vision: Es de ser y actuar de las personas que son altamente deseables como atributos o cualidades nuestras y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana.

2. Medidas de conducta

2.1. Generalidades (Medida 106 Literal a, Circular Externa 003/2018)

2.1.1. Reseña Histórica

En el año de 1989, con el propósito de cubrir las necesidades asociadas a la prestación de servicios de imagenología y diagnóstico médico de la población del sur de la ciudad de Bogotá D.C., nuestra organización, teniendo como premisa la accesibilidad y la calidad de los servicios, bajo el nombre de ESCANOGRAFÍA DEL SUR S.A. al interior de una clínica en ese sector de la ciudad, comenzaría sus operaciones, prestando servicios de Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Magnética, durante las 24 horas del día.

Luego de los primeros cuatro años de operación, en el año 1993, se abre una nueva sede en el barrio “El Lago” al norte de la ciudad, aumentando también su portafolio de servicios. Asimismo, en agosto de ese mismo año se decide cambiar la razón social de la organización a INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A. incluyendo dentro de su denominación la sigla “IDIME S.A.”, denominación que permanece en la actualidad y que ha logrado un amplio reconocimiento en la prestación de servicios de diagnóstico médico.

Para el año 1997, ante el buen posicionamiento y credibilidad alcanzados dentro de nuestros clientes, usuarios y entidades adscritas, se decide abrir una nueva sede en la autopista norte de la ciudad a la altura de la calle 122, prestando allí servicios de imágenes diagnósticas y laboratorio clínico, ampliando de esta manera la cobertura de atención en la ciudad.

Expansión en el mercado y posicionamiento a nivel nacional.

Para el año 2.000, con el propósito de conquistar nuevos mercados, se decide abrir la primera sede fuera de la Capital del país, siendo escogida la ciudad de Pereira como plataforma para la prestación de servicios en todo el eje cafetero y primer escenario dentro de la política de expansión de la compañía para la prestación de los servicios a nivel nacional.

En desarrollo de esa política de expansión, luego de 12 años de su fundación, y del reconocimiento de sus usuarios de la buena prestación de sus servicios, para el año 2.003, la organización decide abrir nuevas sedes en otras ciudades intermedias como la sede de Zipaquirá y con el objeto de aumentar su portafolio en otros niveles de complejidad, se establecieron nuevas alianzas con Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) como por ejemplo la conformación de una alianza estratégica con el Hospital Clínica San Rafael de Bogotá, para la prestación de servicios intra institucionales de imágenes de mediana y alta complejidad, dentro de las cuales se encuentran Resonancia, Tomografía, Radiología Digital Estudios Especiales y Medicina Nuclear. Convenio que estuvo vigente hasta el año 2009.

La experiencia adquirida con la mencionada alianza estratégica, nos permitió en los años siguientes, consolidar nuestra buena imagen de servicio, realizando actividades similares con la Organización Hospital San Carlos y la Clínica Materno Infantil Confiar Salud para los servicios de imagenología y Laboratorio Clínico, así como con el Hospital El Tunal y el Hospital General de la Policía en la ciudad de Bogotá en las áreas de Imagenología.

Gracias al acertado direccionamiento gerencial y al esfuerzo de los trabajadores de la institución, se establece como objetivo institucional el crecimiento de la institución a nivel nacional mediante la apertura de nuevas sedes en la ciudad de Bogotá y abriendo sedes en mercados donde antes no existía presencia de la institución a nivel nacional, en la medida en que se van identificando deficiencias en la oferta de servicios diagnósticos.

Paralelamente a la apertura de las nuevas sedes a nivel nacional, en el año 2009 se suscribió con una de las Empresas Promotoras de Salud más relevantes del país un convenio de colaboración empresarial que ha permitido aumentar el posicionamiento y la consolidación de nuestra de marca especialmente en Bogotá y Cundinamarca, El convenio suscrito con Compensar EPS, el cual permanece vigente en la actualidad nos ha permitido la apertura de nuevas sedes dentro de los centros médicos de Compensar EPS para la prestación de servicios de radiología, ecografía, mamografía y cardiología en sedes como Compensar Calle 94, Calle 26, Kennedy y más recientemente en la sede de la Primero de Mayo (2012) y las sedes de Chía y Suba (2015).

Desde el año 2010, hemos incrementado las alianzas interinstitucionales y por ende nuestro crecimiento empresarial, dentro de las cuales es importante resaltar la presencia del Instituto de Diagnóstico médico S.A., en la ciudad de Bucaramanga a través de la administración de Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga S.A. y de la suscripción del convenio asistencial para Laboratorio Clínico con la Clínica Materno Infantil San Luís, incrementando nuestra cobertura a nivel nacional.

En ese mismo año, se amplió nuestro portafolio de servicios, incursionando en el servicio de polisomnografía, el cual empezó a prestarse en la sede "Calle 77" en la ciudad de Bogotá y posteriormente se habilitaron tres sedes más (Lago, Calle 122 y Occidente) y para el año 2015, la apertura del servicio en las sedes Pereira y Bucaramanga. Para el año 2017 se habilitó la sede

Toberin, donde se cuenta con la infraestructura necesaria para el traslado de las unidades que estaban ubicadas en la Sede Lago y con capacidad para habilitar otras unidades adicionales. A la fecha se cuenta con 52 unidades a nivel nacional.

En ese sentido para el año 2011, se consolidó la prestación de nuestros servicios con la apertura del servicio de mesa basculante y la realización de ecocardiograma con estrés farmacológico (En la sede de la Calle 77 en Bogotá) conformándose la totalidad del área diagnóstica en cardiología no invasiva ambulatoria, que incluye entre otros, ecocardiografía pediátrica y la parte cardiológica de las pruebas de perfusión miocárdica.

Para el mismo año inició la vigencia del contrato con la Policía Nacional para la realización de los estudios diagnósticos como parte del proceso de reclutamiento de patrulleros y oficiales en las ciudades de Bogotá e Ibagué (en esta ciudad hasta el 2015), lo que requirió de la apertura de otros servicios como Audiometría, Otorrinolaringología (valoración), Optometría, Oftalmología (valoración) y Electroencefalograma, éste último ofertado para todos los clientes del Instituto de Diagnóstico Médico S.A.. A finales del 2014 se suscribe el mismo convenio con la Policía Nacional para la Regional Santander y en agosto de 2016 se suscribe el convenio de incorporación con la sede de Pasto, convenios que se encuentran vigentes en la actualidad.

En desarrollo del programa de crecimiento institucional, en Bogotá y otras ciudades del país, desde el 2010 se realizaron diversas alianzas con varias IPS dentro de las cuales se encuentran; IPS las Américas (hasta el 2012), Hospital de Engativá en Bogotá (servicio de medicina interna en el 4to piso e imagenología hasta marzo de 2014), con La Fundación Esensa en Cali (laboratorio clínico hasta el 2012) y con La Clínica del Norte en Cartago Valle (Laboratorio Clínico hasta el 2015).

En el año 2013 se enfocan los esfuerzos en la consolidación y fortalecimiento de las últimas sedes y servicios implementados sin afectar el crecimiento empresarial mediante la apertura de nuevos servicios a nivel nacional. Dentro de éstos podemos mencionar el inicio de actividades en el área de Hemodinamia y cirugía cardiovascular en Los Comuneros Hospital universitario de Bucaramanga S.A., lo que permitió posicionar la institución a nivel regional en los primeros lugares del diagnóstico cardiovascular y tratamiento quirúrgico con la realización de la primera cirugía en ésta especialidad en el mes de diciembre de 2013.

Con el propósito de aumentar nuestro posicionamiento en el departamento del Valle, por medio de un convenio de apoyo empresarial se inició la operación conjunta con la Clínica Nueva de Cartago, la cual contribuye al posicionamiento de nuestra imagen empresarial en la operación hospitalaria, al contar con una IPS de medio nivel de complejidad con dos quirófanos, uno de los cuales es plomado para procedimientos ortopédicos, contando también con la sala de recuperación, hospitalización para 19 camas, 3 habitaciones unipersonales y 8 bipersonales. Asimismo, dentro de la IPS y bajo la modalidad de outsourcing, se prestan servicios de diagnóstico médico, imagenología y laboratorio clínico.

En atención a la política de crecimiento y desarrollo de nuevos negocios, el Instituto de Diagnóstico Médico S.A., decide incursionar en otras áreas de la salud, más específicamente en la prestación de servicios asistenciales bajo la modalidad de Consulta Externa, iniciando este proyecto en el primer semestre del 2013 con 43.000 usuarios de la Nueva EPS, en las ciudades de Pereira y Dosquebradas, lo que requirió la apertura de dos sedes denominadas 30 de Agosto y Dosquebradas respectivamente. Este convenio incluía la prestación de servicios ambulatorios en bajo y medio nivel de complejidad el cual se encuentra actualmente vigente.

Durante el transcurso de 2015 y 2016, el crecimiento presentado en la unidad de prestación de servicios asistenciales fue muy significativo, tal como se puede evidenciar en la región del eje cafetero donde pasamos de 10 sedes en el año 2015 a 16 sedes en el 2016, las cuales se encuentran distribuidas así: 11 sedes en el Departamento de Risaralda, 3 Sedes en el Departamento del Quindío y 2 sedes en el departamento de Caldas.

El modelo de atención integral que ha desarrollado nuestra institución para la prestación de servicios asistenciales, ha resultado muy eficiente para el cumplimiento de los objetivos de nuestra relación contractual y la satisfacción de las expectativas de nuestros clientes, lo que ha llevado a que nuestros clientes principales en este tipo de servicios, nos hayan seleccionado para la atención en otras áreas del país, como por ejemplo la elección de la Nueva EPS, Coomeva y Sanitas, quienes nos han escogido para el manejo de su población en las siguientes ciudades y municipios:

- Nueva EPS en Pereira, con apertura en el año 2013
- Nueva EPS en Cartago y Armenia, con apertura en el año 2015
- Nueva EPS en Calarcá, Santa Rosa de cabal, La Virginia y Cali, con apertura en el año 2016
- Coomeva Cartago con apertura en el año 2016
- Nueva EPS en Neiva, con apertura en el año 2017
- Nueva EPS en Armenia (Subsidiado) y Sanitas Mayorca, con apertura en el 2018.
- Adicional para el año 2018 se ha abierto la sede Nueva Cecilia en la ciudad de Armenia para manejo de población subsidiada de Nueva EPS y la sede Elvira en Pereira, como apoyo para la atención de los usuarios de NUEVA EPS.

Población asignada: En el año 2017 se nos asigna población en la ciudad de Neiva, completando para el cierre del año 2017 una población total de 260,574 usuarios, de los cuales 35.846 pertenecen al régimen subsidiado y 224.728 pertenecen al régimen contributivo. En el mes de Septiembre de 2018, recibimos población adicional del régimen subsidiado en el departamento del Quindío de la Nueva EPS 38.500 usuarios que son atendidos en la ciudad de Armenia. De igual forma, otros aseguradores como Coomeva EPS nos han confiado la atención de su población en el municipio de Cartago, desde el mes de noviembre del 2016, con cerca de 16.700 usuarios y Sanitas EPS quienes en el municipio de Pereira en el mes de febrero de 2018, nos asignan 10.400 usuarios para su atención y en el mes de Diciembre de 2018, 2.600 usuarios más en el municipio de dos quebradas.

En total el Instituto de Diagnóstico Médico S.A. en la atención de estas sedes, para el cierre de 2018 maneja una población de 172.930 usuarios para Nueva EPS, 11.201 usuarios para Sanitas y 16.386 usuarios para COOMEVA.

De ésta forma, para el año 2018 hemos completado setenta y un sedes a nivel nacional, cubriendo las principales regiones del país, cada una de ellas confirmando la materialización de la misión de la organización y siendo claro ejemplo de nuestra identidad marcaría garantizando la eficiente prestación de servicios, con la más alta calidad y tecnología de vanguardia.

Estandarización de procesos y obtención de Certificación.

Este vertiginoso crecimiento, generó la necesidad de afianzar los procesos internos, bajo nuevas políticas de direccionamiento de la organización, las cuales tiene como propósito alcanzar la optimización y eficiencia de los recursos para la prestación de los servicios ofertados con los más altos estándares de calidad, para lo cual las directivas de la compañía ordenaron iniciar un

proceso de preparación interna para presentar la institución ante un ente certificador, lográndose para el mes de abril de 2.005 el reconocimiento por parte del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) la certificación en calidad ISO 9001 – 2000 para los servicios de Imagenología, Laboratorio Clínico, Gastroenterología y Cardiología Diagnóstica y electrodiagnóstico en las sedes Lago, Norte, Carolina, Sur, Pereira e Ibagué. Dicha certificación fue actualizada a la versión 2008 de la norma y ampliando el alcance a 9 sedes más ubicadas en diferentes sitios de la geografía nacional durante los años del 2009 al 2011.

La certificación ISO (International Organization for Standardization) sigue vigente en la actualidad, luego de que fuera efectuada la última visita de seguimiento y transición a la versión 2015 de la norma por parte del Icontec durante el pasado mes de julio de 2018, cuyo resultado fue la certificación de la totalidad del alcance definido para dicho periodo (38 sedes), lo que representa un paso más en la consolidación de nuestro sistema de calidad.

El alcance de la certificación ISO 9001/20018 del 16 de Octubre de 2018 registra:



Todo lo anterior, conlleva a que la organización efectuó la implementación estandarizada de su Sistema de Gestión de Calidad, que contribuye a los procesos requeridos para la autoevaluación, mejoramiento y cumplimiento de los estándares de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, en los que se está trabajando como filosofía institucional, el cual lo hemos enfocado de manera especial en los temas de seguridad del paciente y la actitud de humanización de servicios desde las áreas de Talento Humano y el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU).

Innovación Tecnológica y adquisición de equipos

Este reconocimiento y el de nuestros clientes empresariales e individuales no hubiera sido posible si los procesos establecidos no fueran soportados en todo momento por una plataforma informática robusta y con la más alta tecnología en equipos y desarrollo de software tanto de diagnóstico en imágenes como en laboratorio clínico. Esta fortaleza nos permite contar actualmente con equipos de última generación tecnológica como la tomografía con Multidetectores que permiten realizar reconstrucciones tridimensionales y estudios complejos mejorando la capacidad diagnóstica y Resonadores de 1.5 teslas, más rápidos, modernos y seguros, algunos de los cuales desde el mes de octubre del 2015, 2016, 2017 y 2018 se encuentran en funcionamiento entre 12 y 24 horas del con su capacidad de producción totalmente cubierta.

Para éstos equipos, se adquirieron a fin de 2016, cuatro monitores de signos vitales paramagnéticos que permiten su utilización dentro de las cámaras de resonancia y tres inyector de medio de contraste para los resonadores de la sede Lago, occidente y norte, como parte del programa de paciente seguro para agilizar el suministro de medios de contraste ajustando sus dosis, disminuyendo desperdicios y minimizando los eventos adversos en los estudios de alta complejidad.

Durante el año 2015 se adquirieron 9 ecógrafos con tecnología para Doppler y ecocardiograma, en 2016 con 4 ecógrafos, en 2017 se instalan 13 ecógrafos y en 2018 a la fecha van 29 ecógrafos, con el fin de renovar equipos y ampliar servicios por apertura de sedes, con esto dar mayor cobertura de servicio con mayor capacidad instalada y equipos de mayor resolución para el diagnóstico de ultrasonido. También en 2015 se han adquirido para el área de resonancia 2 nuevos Resonadores versión MROPTIMA 360 y ACHIEVA de 1.5 Teslas instalados en la sedes “Ibagué y Pereira Circunvalar”, en 2017 un resonador para Pereira sede la 4, y en 2018 se compraron 4 resonadores para sedes de Clínica Rafael Uribe, Toberín (2) y Neiva, completando un total de 12 Resonadores en Bogotá de última tecnología y 8 en sedes externas, que nos permiten atender un mayor número de pacientes, mejorando la oportunidad de acceso y ampliando nuestra capacidad para realizar estudios de Resonancia Corporal Total y la práctica de estudios de alta especialidad en un menor tiempo,

Durante estos cuatro años se continuando con la actualización y renovación tecnológica de los tomógrafos en las sedes, Cúcuta, Ibagué y Cali con la puesta en funcionamiento de equipos de 16 cortes, así como el cambio del tomógrafo en la sede Girardot en donde se instala un equipo de 4 cortes marca Toshiba. Igualmente para el área de radiología se han cambiado los dos equipos de Rayos X de la sede Ibagué, Neiva, Sedes Convenios con compensar en Bogotá, uno de los cuales pasó de tecnología análoga a digitalizada y el segundo digitalizado se modernizó con un mejor equipo. Los mamógrafos ubicados en las sedes de Ibagué, Armenia, Neiva, Lago, Sede Comuneros en Bucaramanga, Occidente y Girardot, fueron renovados mejor tecnología, tanto a nivel de digitalización directa, como indirecta, eliminando el revelado de placas con sustancias químicas.

Así mismo, se continua en 2017 renovando para el servicio de endoscopia, con tecnología EVIS EXERA III modelos 190 y 170, cuyos beneficios se resaltan en una mejor visualización de las estructuras con la correspondiente mejora en la calidad de los diagnósticos y tratamientos, lográndose mayor eficiencia para el especialista y una disminución importante en la incomodidad del paciente durante la realización del estudio. Esta tecnología incluye un Video procesador para potenciar la endoscopia avanzada y cuenta con una fuente de luz xenón, exclusiva para este tipo de equipos.

Innovación tecnológica y crecimiento del Laboratorio Clínico

Asimismo, el Laboratorio Clínico simultáneamente con el desarrollo tecnológico del departamento de imágenes diagnósticas, igualmente se ha caracterizado por su continuo crecimiento, desarrollo y desempeño. Al ser un laboratorio de alta respuesta, su equipo humano se encuentra conformado por profesionales idóneos dentro de los cuales encontramos médicos especialistas, bacteriólogos, técnicos y personal de apoyo que desempeñan sus actividades bajo los principios de eficiencia y calidad traducidos en un óptimo funcionamiento. Contamos en este departamento con herramientas de alta tecnología como por ejemplo el flujo continuo de muestras en las secciones de química clínica y hormonas, soportados con un software de laboratorio con conexión on-line con nuestras sedes, el cual asegura la confiabilidad de los resultados, la atención rápida y oportuna en la prestación de los servicios. Es de resaltar que desde el año 2012, hemos ampliado nuestro horario de atención en el laboratorio clínico a 24 horas en la ciudad de Bogotá, dando respuesta a la necesidad manifestada por nuestros clientes y al inicio del proceso de centralización de las operaciones en éste departamento.

Asimismo desde el año 2013, se ha venido fortaleciendo la prestación de servicios con la adquisición y actualización de nuevos equipos en alianza con grandes empresas quienes nos han venido proporcionando la última tecnología existente en el mercado, apoyando nuestro objetivo misional, y permitiendo ampliar nuestro portafolio de servicios. Como complemento de lo anterior, se han suscrito varios convenios con otros laboratorios de referencia, como por ejemplo el Centro Inmunológico de Cataluña (CIC) hoy llamado "Labco Nous" ubicado en la ciudad de Barcelona (España) el cual es reconocido por la calidad de sus procesos, ampliando de ésta manera nuestra oferta de estudios de alta complejidad en especial para aquellos que no son de posible procesamiento en el país.

En el segundo semestre del 2013, en la plataforma empleada por el Laboratorio clínico se realizó un importante cambio informático reemplazando el software "Datalab" (Roche) por nuestro propio software "Athenea", en las fases pre analítica y Post-analítica y "labcore" en la fase pos analítica, lo que nos permite conectar equipos de diferentes casas comerciales sin ningún tipo de límite o restricción. Posteriormente con la implementación del programa de renovación tecnológica del laboratorio ejecutado en el año 2016, se realizó la implementación del software "Infinity", el cual nos permite una integración perfecta con los softwares antes mencionados para el manejo del flujo de los datos clínicos de los pacientes y gestión de las actividades diarias relacionadas con la información.

El año 2016, luego de la culminación de los procesos de planeación y la elaboración de los estudios previos, que incluyeron entre otros actividades de "benchmarking" con varios laboratorios en diferentes países y la invitación a presentar ofertas a las principales firmas especializadas en estos procesos, se puso en marcha el proyecto de Renovación Tecnológica del Laboratorio Clínico, el cual inició con la Implementación de las Bandas de transporte de muestras (CCM) con las cuales se obtienen mejoras al reducir la complejidad en los flujos de trabajo, incremento de la calidad

en el procesamiento, estandarización de procesos, integración y consolidación de actividades automatizadas y la reducción de la operación manual, todo ello reflejado en la obtención de una completa trazabilidad de las muestras, asegurando su integridad y minimizando las tasas de error al tiempo que se maximiza la bioseguridad de los operadores.

Durante esta nueva fase del Proyecto, se han realizado varias intervenciones a la planta física, que además de la renovación de las áreas, nos han permitido el traslado y la ubicación definitiva de la totalidad de las líneas analíticas modulares conectadas de Inmuno-Química, Hematología y Automatización total en Uroanálisis.

El avance más reciente del Proyecto de renovación tecnológica desarrollado en el 2016, se estableció la comunicación de todos los analizadores a través de Bandas de transporte que garantizarán el procesamiento total de muestras y la instalación de equipos robóticos de distribución y archivo (Preanalíticos Cobas p612), que organizan y agilizan el proceso en todas las secciones de destino configuradas.

En éste mismo sentido, paralelamente al desarrollo del proyecto de automatización del Laboratorio y renovación tecnológica se han generado avances en los procesos de Autovalidación y Autofirma que integran las fases Pre analítica y analítica con la fase Post analítica. En estos se aplican un conjunto de reglas de automatización dentro de nuestro sistema informático que permite liberar los resultados normales y revisar únicamente aquellos retenidos que presentan alteraciones por el área de validación clínica ; para ello se tienen en cuenta Valores de referencia, porcentajes de variabilidad biológica e intraindividual, alarmas del sistema y control de calidad aplicados a cada prueba. Todos los desarrollos realizados tienen un único fin: generar mayor eficiencia, confiabilidad y oportunidad en la entrega de resultados, centrados en el tema de seguridad del paciente.

En las áreas de patología, citología y colposcopia, los años 2012 y 2013 se constituyen en un periodo de fortalecimiento en procesos, recursos tecnológicos, recursos humanos e implementación de nuevas técnicas de procesamiento como la citología en base líquida lo cual nos mantiene a la vanguardia en el diagnóstico patológico. Este servicio sufre una renovación tecnológica importante en el primer semestre del año 2016 con la adquisición del equipo BenchMark Ultra, en el cual se procesan las pruebas inmunohistoquímica o marcadores tumorales específicos y con la instalación de la estación de procesamiento de Macroscopía así como con la implementación del Módulo de Citologías. Para principios del año 2017 se adquiere en el área el marcador de cassettes con códigos QR lo que ha permitido la correcta marcación de las muestras y la trazabilidad total a través de nuestro sistema Athenea. Para este año 2018 se implementó la coloración Automatizada: Hematoxilina-Eosina (HE) en el equipo HE-600 que nos permite procesar aproximadamente 900 láminas en la jornada laboral, es un equipo de última tecnología amigable con el medio ambiente ya que no usa Alcohol ni Xilol y así mismo para los operadores se evita la inhalación de vapores, esto nos permite estar alineados con nuestra política SST y medio ambiente, en el segundo semestre de éste mismo año se adquiere el equipo de coloraciones especiales, que nos ha permitido garantizar el procesamiento de aquellas pruebas que requerían remisión a otros laboratorios, igualmente no genera residuos contaminantes al medio ambiente.

Se han realizado varios desarrollos en el sistema Athenea, módulo checkin muestras, que nos permite la completa trazabilidad de las muestras recibidas en el laboratorio.

En el mes de marzo de 2014, se suscribe uno de los mayores convenios en el área del laboratorio clínico para la prestación de servicios a la empresa RTS – Baxter, reconocida IPS especializada en Clínicas Renales, quienes siendo la mayor institución nacional en esta área, seleccionó al Instituto de Diagnóstico Médico S.A., para el procesamiento de muestras en sus 51 sedes distribuidas en todo el territorio nacional. Para el Instituto de Diagnóstico Médico S.A., significó la oportunidad de confirmar su posicionamiento empresarial y la posibilidad de extender nuestra cobertura en ciudades diferentes en las que a la fecha se tenían. Solo este convenio, nos permite procesar en promedio 110.000 muestras de 14.000 pacientes renales mensualmente.

Para finales del año 2015, se llevó a cabo la remodelación y ampliación de la planta física del laboratorio de la Clínica Nueva de Cartago, con el correspondiente cambio y actualización de los equipos de procesamiento, siendo éstos actualizados a la más reciente versión tecnológica.

Dando continuidad al proyecto de renovación tecnológica, por directriz de la gerencia general de la organización junto con la dirección del laboratorio, en el 2016 se ordenó adelantar los estudios necesarios para la renovación tecnológica y adecuación de los espacios al interior del laboratorio para el área de microbiología, la cual como resultado obtuvo la selección de un nuevo proveedor de equipos e insumos de origen europeo, el cual es ampliamente conocido por desarrollar los equipos más avanzados, eficientes y precisos en el procesamiento de estudios relacionados con la microbiología y el diseño de una nueva área la cual se desarrollará en el 2017.

Estos avances tecnológicos nos permiten estar a vanguardia y al nivel de los laboratorios modernos de la región, quienes al igual que nosotros enfrentan hoy grandes desafíos buscando el balance entre la calidad de los resultados, servicios, disminución del tiempo de respuesta, costos y eficiencia en las operaciones.

Evolución y desarrollo de áreas de operativas y administración

Para el año 2014, se programó y ejecuto el plan de crecimiento de varias áreas, dentro de las cuales se encuentra el "CALL CENTER" el cual, teniendo un fuerte soporte tecnológico de sistematización con grabación de las llamadas y operación a nivel nacional, requirió la ampliación en el número de canales pasando de 60 a 75 con posibilidad de incremento en otros 15 canales para el futuro. Así mismo fue necesario ampliar la planta física con el traslado de agentes a nuevas instalaciones en la sede Occidente, todo esto soportado en una optimización del sistema Athenea para el envío vía correo electrónico al paciente tanto su preparación para la toma del examen como los requisitos administrativos para el momento de la facturación. De igual forma, a través de la página web, fue habilitado un link en la página web de la organización para la solicitud de citas para nuestros usuarios, la cuales son tramitadas por nuestros agentes de la central telefónica.

En el 2015, se eligió modificar nuestro PBX al número 3077171 que ha venido reemplazando el PBX anterior 5421110 con el propósito de modernizar la tecnología del Call center, pasando de tecnología análoga a digital lo que permite acceder a los nuevos avances en comunicación telefónica. Asimismo se dio inicio al proyecto de encuestas telefónicas de satisfacción al cliente del área SIAU, eliminando la aplicación de encuestas personales en las diferentes sedes como estrategia para la descongestión de los servicios y las salas de espera. De igual manera, se asume el agendamiento de citas para los contratos de consulta externa de Pereira y Dosquebradas asumiendo la operación que hasta esa fecha se tenía con un proveedor externo local, lo que requirió la adecuación de 34 estaciones adicionales de trabajo y la modernización de los equipos que transfieren las llamadas por uno de mayor capacidad.

En el 2016 se centralizó la operación de consulta externa del eje cafetero (Armenia, Cartago, Santa Rosa, la Virginia y Calarcá) para ser atendida en el call center de Bogotá, además entra en funcionamiento la sede Armenia para citar imágenes diagnósticas por ello fue necesario ampliar 44 puestos de trabajo en casa occidente teniendo en cuenta el traslado de las áreas de calidad y facturación a sede Chapinero; cerramos este año con un aumento del 34% en las llamadas, 50% en citas y 263 asesores telefónicos.

En el 2017 comenzamos a citar imágenes diagnósticas para las sedes Neiva, Valledupar y Villavicencio y consultar externa para Cali y Neiva. El crecimiento empresarial a Nivel nacional que ha tenido nuestro proceso ha llevado a que generemos estrategias y proyectos que permitan estar a la vanguardia tecnológica para poder dar cubrimiento y atención con excelencia para la satisfacción de nuestros usuarios; es por esto que para pacientes particulares, medicina prepagada y planes complementarios damos citas por WhatsApp y redes Sociales; cerramos este año 335 asesores telefónicos.

Para el 2018 la línea de Consulta Externa se divide de Imágenes Diagnósticas, ya que se manejaran como una unidad de negocio independiente. Se amplían los horarios de atención línea nacional antes de 07:00 am a 06:00 pm ahora desde las 06:00 am hasta las 08:00 pm el Instituto de Diagnóstico médico S.A. en Bogotá antes sábados de 6am a 8pm ahora de 6am a 10pm. Se inicia asignación de citas para clínica nueva de Cali y Manizales siendo necesario instalar nuevas estaciones de trabajo en sede Chapinero para imágenes diagnósticas por tanto se incrementa el recurso humano hasta la fecha con 405 asesores retomando contratación de 36 horas y crecimiento en líneas telefónicas para dar cubrimiento a esta demanda. Actualmente contamos con el apoyo profesional de un jefe de enfermería aportando con su conocimiento a cumplimiento a la política de calidad.

El área de entrega de resultados consolidó su proceso de envío de reportes de laboratorio clínico por correo electrónico lo que genera un gran impacto positivo en la calidad del servicio y en la descongestión de las sedes, disminuyendo el flujo de usuarios que se acercan a reclamarlos personalmente. Así mismo, se fortalece esta estrategia mediante la implementación de la entrega inmediata de las imágenes radiográficas a los pacientes y el envío de su resultado vía correo electrónico.

Para el mes de julio del 2013 se realizó el lanzamiento oficial de la página web utilizando la dirección <http://www.idime.com.co/Website/> como herramienta comercial y de servicio a la cual se le dio un gran alcance para consolidar las líneas de comunicación con nuestros clientes y proveedores. En su diseño se tuvo en cuenta aspectos de utilidad como la información de nuestra plataforma estratégica, datos de nuestras sedes a nivel nacional, consulta de preparaciones para la toma de exámenes, horarios de atención, bolsa de empleo, etc. Así mismo se implementaron módulos interactivos que permiten a nuestros usuarios comunicarse directamente para realización de consultas relacionadas con nuestros servicios, la obtención directa de resultados de exámenes de laboratorio clínico y un módulo específico para los médicos tratantes cuando requieran solución a inquietudes derivadas de los resultados de los estudios diagnósticos procesados en nuestra institución.

La gestión gerencial del Instituto de Diagnóstico Médico S.A enfocada en los tres ámbitos de la sostenibilidad, social, económica y ambiental, lograron que durante el 2015 y por primera vez en la institución, Fenalco Solidario Colombia en la ciudad de Medellín, reconociera a nuestra institución con el Certificado en Responsabilidad Social, por el periodo de un año. Dicho reconocimiento, exalta al Instituto de Diagnóstico Médico S.A., por ser parte de un cambio social, ratificando el compromiso organizacional con el desarrollo de prácticas socialmente responsables. Estos procedimientos fueron ratificados durante el año 2016.

Este reconocimiento sustenta en gran medida la promulgación de nuestra política de Responsabilidad Social Corporativa, que reza “Nos dedicamos a una actividad económica enmarcada en la salud y bienestar de la sociedad contribuyendo al diagnóstico preventivo de enfermedades, en concordancia con el cumplimiento de las metas que tiene Colombia en materia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Buscamos maximizar nuestros servicios, haciéndolos accesibles a cada vez más personas y minimizar el impacto ambiental y social derivado de nuestras actividades. Generamos valor agregado en la sociedad y nuestro comportamiento ético está enmarcado en la calidad que brindamos en los servicios y en la dignificación de la vida de nuestros colaboradores y sus familias”

A la fecha, los avances en materia de Responsabilidad Social Corporativa es la certificación otorgada por Fenalco Solidario, gracias al informe entregado del periodo comprendido entre los años 2014-2015.

Afianzando nuestros procesos, la gerencia médica de la organización, fortaleció la implementación de auditorías médicas dirigidas a la identificación y mejoramiento continuo de los factores críticos y su gestión, generando metas dirigidas a la política de calidad y seguridad del paciente. En conjunto a lo anterior, en el 2016 se crea la Plataforma de Gestión Integral Almera, impactando directamente en el aprendizaje organizacional y el mejoramiento continuo de los procesos.

Además, en el mes de junio de ese mismo año, se realizó una actualización completa del curso virtual de seguridad del paciente, donde se pretende innovar en los contenidos mediante videos educativos, lecturas complementarias y exposición de casos reales.

Asimismo, en atención a las políticas de crecimiento y de estandarización en los diferentes procesos encaminados a la búsqueda de la eficiencia y la optimización de procesos, por iniciativa de la gerencia general, se decidió crear dos nuevas áreas a saber:

Departamento Legal y de Cumplimiento: Creado desde el mes de marzo de 2016. Tiene como función principal servir de enlace y soporte jurídico a las diferentes áreas de la organización y en sus relaciones con los diferentes grupos de interés (stakeholders) dentro de los cuales se resaltan los clientes, accionistas, proveedores, etc, trabajando en varias líneas de acción.

En materia contractual, se han establecido los procedimientos necesarios para la revisión, trámite y elaboración de los contratos que cursa la organización, junto con la elaboración de las minutas estándares para las diferentes relaciones jurídicas que existen en los diferentes niveles de la compañía

En asuntos relacionados con las respuestas a los requerimientos de las entidades judiciales, administrativas y gubernamentales, se han establecido los procedimientos necesarios para dar respuesta oportuna y completa a lo solicitado, mediante la integración de las áreas que estén relacionadas junto con el trámite oportuno de las acciones protegidas constitucionalmente, como las acciones de tutela, derechos de petición y requerimientos de orden administrativo.

En éste mismo proceso, durante el curso del 2016 se ha ordenado efectuar un exhaustivo diagnóstico sobre las actuaciones y procesos judiciales, en los que existe algún tipo de vinculación con cualquiera de las entidades asociadas a la organización de forma tal que pueda establecerse la asignación y valoración de contingencias judiciales, junto con el seguimiento que sea necesario para la vigilancia procesal de dichos procesos

En cumplimiento de la normatividad expedida por la superintendencia nacional de salud mediante la expedición de la circular No. 009 de 2016, la institución implementara una Sistema de Prevención

La información previamente descrita, se encuentra disponible en la página web institucional www.idime.com.co y en el portal de intranet <http://192.168.0.39/>. (Medida 97, Circular Externa 003/2018)

3.3. Direccionamiento estratégico (Medida 106 Literal b, Circular Externa 003/2018)

3.3.1. Misión

En Idime S.A. brindamos servicios de diagnóstico médico, laboratorio clínico y consulta externa respaldados por un equipo humano competente, tecnología de avanzada y una excelente gestión administrativa y financiera, para responder a las necesidades de nuestros usuarios y sus familias con los más altos estándares de calidad.

3.3.2. Visión

Para el año 2025 nos consolidaremos como una organización líder, reconocida por la innovación tecnológica con procesos acreditados que garantizan la excelencia, la atención segura y humanizada en servicios ambulatorios y hospitalarios a nivel nacional, afirmando el compromiso con los grupos de interés, dentro de nuestro marco de responsabilidad social.

3.3.3. Valores institucionales (Medida 106 Literal d, Circular Externa 003/2018)

Respeto: No superar los límites de un comportamiento, tolerante, justo, prudente, ecuánime, digno y cumplir los acuerdos.

- No hacer a los demás lo que no quiero que me hagan
- Respeto a la condición humana (digna y diferencial).
- Valoro el trabajo y el tiempo de los otros.
- Escucho con atención

Calidad humana: Acoger a nuestros usuarios con actitud de servicio, empatía, comprensión y dedicación.

- Entiendo las necesidades del otro.
- Supero barreras para brindar satisfacción.
- Acojo al paciente.
- Elimino al máximo los defectos e imperfecciones.
- Soy afectivo con la comunicación.
- Mantengo actitud humilde y de igualdad.
- Soy cálido, sonrío y comprendo.
- Soy dueño de resultados extraordinarios frente al paciente

Solidaridad: Actitud, modo de ser y de actuar que lleva a apoyar y servir a nuestros clientes y sus familias en todo tipo de necesidades..

- Apoyo a mis compañeros.
- Cuando escucho y actúo para atender las necesidades de los clientes sin esperar nada a cambio.

- Cuando actúo desinteresadamente en la generación de soluciones para otros.
- Cuando actúo para nivelar situaciones de desventaja de personas menos fuertes.

Honestidad: Modo de actuar en relación con el respeto y cumplimiento de las políticas, compromisos, normas y principios éticos de la organización..

- Mi modo de actuar frente a las políticas organizacionales cuando nadie me ve.
- El respeto y uso adecuado de los recursos de la organización.
- Respeto y cumplo con mis funciones y horarios de trabajo.
- Me auto controlo y genero mejoramiento continuo para la organización.

Trabajo en equipo: Unidos trabajamos en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos propuestos incluyendo en el actuar, los valores organizacionales que permiten y promueven la unión y el logro para el beneficio común.

- Cuando soy consciente de la importancia de mi esfuerzo para los demás.
- Cuando soy propositivo para mejorar los resultados comunes.
- Cuando aliento y animo a quienes presentan resultados inferiores a su propia capacidad.
- Cuando me esfuerzo en la realización de mis objetivos, más allá del simple cumplimiento.

Confianza: Atributo que genero ante los demás para que de forma simple me entreguen elementos de valor suyo en mi custodia.

- Cuando encomiendo labores a alguien y estoy seguro del buen resultado.
- Cuando genero credibilidad para mí y para mi equipo de trabajo.
- Cuando actúo con seguridad frente a las labores encomendadas por el cliente

3.3.4. Promesa de valor

“Porque su salud y la de su familia merecen toda nuestra atención”

3.3.5. Políticas institucionales (Medida 106 Literal e, Circular Externa 003/2018)

Política de calidad.

En Idime S.A. nos comprometemos con el mejoramiento continuo de la calidad fundamentado en un equipo humano competente y una gestión tecnológica, administrativa y financiera sostenible, basada en la gestión de riesgos que afiance relaciones de confianza, satisfacción y transparencia con todos los grupos de interés dentro del marco de la normatividad vigente.

Objetivos de calidad

- Lograr resultados clínicos con altos estándares de calidad.
- Afianzar un talento humano competente y comprometido.
- Fortalecer el desarrollo financiero sostenible de la organización mediante un control de la gestión de los recursos.
- Desplegar el pensamiento basado en riesgos en pro de las partes interesadas.
- Consolidar las relaciones con los grupos de interés mediante el fortalecimiento de los procesos organizacionales.

NOTA: Teniendo en cuenta el objetivo por parte de la línea de servicio de Laboratorio clínico de obtener la acreditación con NTC ISO 15189:2014, durante el año 2019, se desarrollará apartados del Sistema de Gestión de Calidad, el cual incluirá una Política de calidad específica para este servicio.

Política de seguridad de la información.

La información es un recurso que como los demás activos tienen un valor para la compañía y por consiguiente debe ser protegida de acuerdo a los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad y debe ser considerada esencial para las actividades de la empresa. (Medida 95 Literal a,d y c, Circular Externa 003/2018)

Responsable: Gerente de las TICS´S

Política de seguridad del paciente.

Garantizar una prestación segura a cada uno de nuestros pacientes y su familia mediante la continua gestión del riesgo y análisis sistemático de eventos adversos e incidentes, que permitan la implementación de barreras para impactar de forma positiva en la incidencia de sucesos de seguridad. Asimismo, fortalecer la cultura de seguridad a través de la adopción de prácticas confiables en los colaboradores y su compromiso constante, que contribuya a una atención cálida, segura y humana.

Responsable: Director Nacional de Seguridad del Paciente

Política de gestión humana.

Estamos comprometidos con la búsqueda del bienestar de nuestros colaboradores y el desarrollo de sus competencias; mediante la ejecución de los programas de Bienestar, Humanización y Formación. Promoviendo a través de la comunicación, una cultura alineada con los principios y valores organizacionales. Así mismo, enfocados a la atracción y retención de Talento Humano competente, que permita el logro de objetivos estratégicos.

Responsable: Gerente de Gestión Humana

Política de humanización en la atención:

Nos comprometemos a brindar un trato humanizado a todos los pacientes, familiares, comunidad y compañeros de trabajo, reconociendo sus diferencias y considerándolos como sujetos de derechos, basado en una comunicación clara y comprensible y en el entendimiento de sus necesidades.

Responsable: Gerente de Atención al usuario

Política de prevención para el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y cigarrillo:

Nos comprometemos a desarrollar estrategias de prevención del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, con la participación de los diferentes niveles de la organización fundamentados en principios de igualdad, confidencialidad y equidad.

Responsable: Coordinación de Seguridad y salud en el trabajo

Política de seguridad y salud en el trabajo:

Establece un ambiente de trabajo humanizado libre de riesgos para la salud y los activos de la

empresa, mediante la identificación de los peligros, evaluación y control de los riesgos, ofreciendo lugares de trabajo seguros y adecuados; minimizando la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para bien de su talento humano, de sus contratistas y usuarios.

Responsable: Coordinación de Seguridad y salud en el trabajo

Política de medio ambiente:

Reducir progresivamente el impacto ambiental que nuestros procesos puedan generar, comprometiéndonos con la protección del medio ambiente, mediante el uso adecuado y sostenible de los recursos naturales, en la gestión los residuos y en el uso eficiente de agua y energía, adoptando iniciativas para promover una mayor conciencia ambiental en sus colaboradores y asegurando el buen comportamiento ambiental de nuestros proveedores.

Responsable: Coordinación de ingeniería ambiental

Política de seguridad vial:

Para el Instituto de Diagnóstico Médico S.A. la salud y la seguridad forman parte de la naturaleza misma del trabajo y esto incluye el transporte eventual o rutinario de trabajadores, productos, insumos, equipos, etc. En este sentido dentro de la planeación y ejecución de nuestras actividades se debe realizar la oportuna identificación de los peligros y la valoración de riesgos asociados a estos para prevenir y/o controlar situaciones que puedan afectar la integridad física, mental y social de nuestros trabajadores, contratistas, comunidad y medio ambiente cuando hacemos uso de las vías y los vehículos.

Responsable: Coordinación de Seguridad y salud en el trabajo

Política de gestión de tecnología:

Identificamos los requerimientos que nos llevan a adquirir tecnología que se adapte a las necesidades de nuestros usuarios a través de procesos de selección que incluye evaluación tecnológica, científica y financiera. Para asegurar el óptimo funcionamiento de los equipos se incorporan programas de mantenimiento preventivo, correctivo y metrología para garantizar la seguridad del paciente brindando un soporte confiable y oportuno. (Medida 76, Circular Externa 003/2018)

Responsable: Coordinación de equipos médicos

Política de ambiente físico:

Brindar una infraestructura humanizada, segura y de confort, por medio de la innovación y el mejoramiento continuo, enfocado en el cliente interno y externo.

Responsable: Dirección de infraestructura

Política de responsabilidad social:

Nos dedicamos a una actividad económica enmarcada en la salud y bienestar de la sociedad contribuyendo al diagnóstico preventivo de enfermedades, en concordancia con el cumplimiento de las metas que tiene Colombia en materia de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Buscamos

maximizar nuestros servicios, haciéndolos accesibles a cada vez más personas, y minimizar el impacto ambiental y social derivado de nuestras actividades. Generamos valor agregado en la sociedad y nuestro comportamiento ético está enmarcado en la calidad que brindamos en los servicios y en la dignificación de la vida de nuestros colaboradores y sus familias.

Responsable: Identidad Corporativa

Política de gestión del riesgo:

Viabilizar los objetivos estratégicos de la organización, los cuales se definen en la Política de Calidad, minimizando la incertidumbre para el alcance de los mismos y/o mitigar los efectos no deseados durante la operatividad y los servicios prestados por el Instituto de Diagnóstico Médico S.A., lo anterior mediante la identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos inherentes a la organización y servicios ofertados.

Responsable: Gestor de calidad - Líder de Gestión del Riesgo

Política de comunicación corporativa:

Implementamos y un modelo de comunicación efectiva enfocada en la atención humanizada de los servicios de salud, impulsada por estrategias transparentes y veraces que motiven la participación constante de nuestros grupos de interés y refuercen nuestra imagen institucional.

Responsable: Coordinador de Identidad Corporativa

3.3.6. Deberes y derechos

Posterior a ejecutar el comité de Adopción y adaptación de los Derechos y Deberes de los pacientes, en relación a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, el 27 de abril de 2018 son aprobados por el Comité de Ética institucional y posteriormente, el día 28 de mayo de 2018 se aprueba por parte de la Gerencia General la actualización realizada de tal forma:

3.3.6.1. Derechos

Todo paciente debe ejercer sin limitaciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, credo, opiniones políticas o de cualquier circunstancia, origen social o condición social los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

1. Acceder a los servicios, tecnologías de salud y profesionales idóneos, que le garanticen una atención integral y oportuna durante todo el proceso de la enfermedad, de acuerdo al alcance de intervención de la institución.
2. Recibir asistencia en salud bajo las condiciones y términos que consagre la Ley, y en caso de emergencia contar con la atención según los medios disponibles en la institución.
3. Conocer el nombre del profesional o funcionario que lo atenderá, así como la información clara y apropiada del servicio al que asiste, y desistir del mismo si así lo desea.
4. Recibir un trato cordial y humanizado respetando su intimidad, costumbres, creencias y opiniones, y a no ser sometido a tratos que afecten su dignidad.

5. Consultar su historia clínica junto a sus anexos los cuales serán tratados de manera confidencial, donde la institución le garantiza que esta información únicamente puede ser conocida por terceros con previa autorización o en los casos que indique la Ley.
6. Mantener una comunicación plena, permanente y clara con el equipo de salud que lo atiende.
7. Recibir los servicios de salud en buenas condiciones de higiene, seguridad y privacidad.
8. Conocer los canales de comunicación formales para radicar peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones a la institución, así como recibir una respuesta oportuna.

3.3.6.2. Deberes

Los usuarios deberán cumplir las siguientes obligaciones para la prestación de los servicios de salud:

1. Seguir las indicaciones y cuidados recomendados para el paciente, su familia y su comunidad.
2. Participar activamente en los programas de promoción y prevención, seguridad del paciente y demás actividades referentes a la participación social en salud.
3. Asistir a la cita cumpliendo con las instrucciones de requisitos, preparación e higiene solicitados por la institución.
4. Tratar con dignidad y respeto al equipo de salud y funcionarios de la institución.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones que suministre el sistema de salud y la institución, así como actuar de buena fe frente a los mismos.
6. Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de la atención y realizar las preguntas que surjan respecto a las instrucciones brindadas por la institución.
7. Cuidar las instalaciones, equipos y hacer uso racional de los recursos disponibles, así como actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
8. Estar acompañado por un adulto si usted es menor de edad, adulto mayor o cuando el servicio lo requiera.

Para efectos de la socialización y difusión de los mismos a las partes interesadas, se hará uso de la versión corta de los Derechos y Deberes de los pacientes para el INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A., que contó con las mismas fechas de aprobación referidas en este documento.

4. Comité de ética institucional

En concordancia con lo establecido por el Ministerio de Salud en la Resolución 13437 de 1991 y en el Decreto 1757 de 1994 que tratan de la creación de los comités de Ética Hospitalaria, adopción del Decálogo de los Derechos de los pacientes y en la obligatoriedad para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, la Gerencia General del Instituto de Diagnóstico Médico S.A. en uso de sus atribuciones estatutarias mediante acto administrativo del 01 de Julio de 2015 y con Otro si de actualización el 06 de Julio de 2018, implementa el COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL.

Este Comité será la instancia institucional encargada de definir y orientar las actuaciones de las personas que conforman la organización, siendo dicho comportamiento conductual regido por la promulgación de principio y valores, adoptando las mejores prácticas y procedimientos

éticos que permitan asegurar y garantizar un comportamiento alineado con las características de humanización en la atención de los pacientes, la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud, la defensa de los deberes y derechos en salud de los ciudadanos, todo ello tendiente a generar confianza, seguridad y credibilidad en nuestros pacientes y usuarios.

Las funciones del comité se basan en el desarrollo de las responsabilidades del mismo (Educativas, Consultivas y Formativas), lo que permite el cumplimiento de las siguientes funciones:

- Divulgar los Derechos y Deberes de los pacientes.

Esto es posible gracias a la articulación de los procesos de Identidad Corporativa, Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) y los líderes que los procesos que intervienen en la ruta de atención al paciente de las tres líneas de prestación del servicio (Laboratorio clínico, Imágenes Diagnósticas y Consulta externa).

- Educar a la comunidad que accede a los servicios del Instituto de Diagnóstico Médico S.A. y a la totalidad de sus funcionarios, acerca de la importancia que representa el respeto a los derechos de los pacientes velando por su cumplimiento y haciendo exigibles el cumplimiento de sus obligaciones.

Esto es posible gracias a la articulación de los procesos de Identidad Corporativa, Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU), Gestión humana (a través del Programa Integral de Humanización) y los líderes que los procesos que intervienen en la ruta de atención al paciente de las tres líneas de prestación del servicio (Laboratorio clínico, Imágenes Diagnósticas y Consulta externa).

- Canalizar las quejas y denunciar ante las autoridades competentes, las irregularidades detectadas en la prestación del servicio por violación de los derechos de los pacientes. Estos casos son analizados como problemas éticos y las conclusiones del análisis quedan registradas en el acta del desarrollo del comité y de requerirse, se emiten recomendaciones hacia la Gerencia General de la institución, para la respectiva revisión y toma de decisiones.
- Reunirse como mínimo una vez cada mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados.
- Registrar mediante actas los temas analizados en el comité y las decisiones adoptadas.

Los temas analizados en el marco del comité son transversales a la institución y tiene estricta relación con los derechos y deberes de los pacientes, por lo que algunos de los temas relevantes que se desarrollan son los siguientes:

4.1. Procedimiento de consentimiento informado

Si de acuerdo a las necesidades de la institución y los hallazgos evidenciados en las auditorías internas se requiere la revisión y actualización del procedimiento de consentimiento informado institucional, esto se llevará a cabo en el marco del Comité de Ética Institucional, donde se evaluará el procedimiento y la documentación relacionada (formatos, guías, herramientas de comunicación) en el contexto de los derechos del paciente, la operación de cada servicio, la atención humanizada y la seguridad del paciente.

4.2. Evaluación de proyectos de investigación

El comité evalúa los proyectos de investigación que son presentados por ponentes externos (terceros) y que para efectos del protocolo de la investigación, el Instituto de Diagnóstico Médico S.A., puede ser fuente de datos estadísticos o cuenta con la tecnología y el recurso humano para generar la prestación de los servicios que oferta y que son parte importante en el desarrollo del proyecto.

Los integrantes del Comité evalúan estos proyectos con base en los siguientes documentos:

- Formato de presentación del proyecto de investigación diligenciado
- Copia de la carta de probación del Comité de Ética de Investigación de la entidad ponente o patrocinadora.
- Copia simple del consentimiento informado que firmaría el paciente o el funcionario de nuestra institución para entrar a la muestra del proyecto de investigación. (Este documento solo se solicita cuando aplique)

Una vez se emite el concepto del Comité de Ética Institucional, si el proyecto fue aprobado, se entrega a la Gerencia General para su revisión y concepto definitivo. Si el proyecto fue aprobado por esta última instancia, se comunicará al ponente mediante carta la decisión y se informará si requiere realizar acercamiento adicional con el área de Gestión humana, Gerencia Comercial y/o Departamento Legal, con el objetivo de realizar trámites de tipo administrativo para garantizar la adecuada participación en el proyecto de investigación.

En caso que la aprobación no sea otorgada, independiente de la instancia que haya emitido el concepto, se notifica de igual forma mediante carta al ponente y se expone los motivos que generaron la decisión.

5. Conflicto de intereses

5.1. Deberes de los accionistas

Son deberes de todos los ACCIONISTAS de la sociedad:

- a) Todos los accionistas, podrán manifestar al ente administrador de la sociedad cualquier tipo de información relevante, queja, sugerencia y/o reclamo, con el fin de obtener una respuesta sobre el particular en un término que no podrá exceder de quince (15) días.
- b) Todos los accionistas podrán manifestar a la Junta Directiva de la sociedad sobre cualquier duda, inquietud, queja o reclamo en relación con el efectivo cumplimiento del Código de Ética y Buen Gobierno.

5.2. Deberes de los trabajadores, administradores, directivos

Los TRABAJADORES, administradores, directivos y altos funcionarios de la sociedad deberán siempre obrar de buena fe, con lealtad y con la diligencia de un buen hombre de negocios de acuerdo a los postulados legales y contractuales. En desarrollo de tales deberes, todo trabajador, administrador, directivo y alto funcionario de la sociedad deberá cumplir con los siguientes objetivos; además de los señalados en el Reglamento Interno de Trabajo y la ley.

- a) Contribuir a que se permita la adecuada realización de las funciones encomendadas a la Revisoría Fiscal, y demás dependencias de la SOCIEDAD.

- b)** Guardar y proteger la reserva industrial, comercial, financiera y tecnológica de la SOCIEDAD o cualquier secreto que por función del cargo a desempeñar se conozca, inclusive aun no prestado la labor para la sociedad.
- c)** Abstenerse de utilizar indebidamente la información privilegiada, aún con fines didácticos o académicos.
- d)** Cuando existan conflictos potenciales de intereses contrapuestos, se deben declarar de forma abierta y apropiada. (NTC ISO 15189:2014, 4.1.1.3)
- e)** Abstenerse de participar, por sí o interpuesta persona, en interés personal o de terceros, en actividades que impliquen competencia con la SOCIEDAD o en actos respecto de los cuales exista conflicto de intereses en los términos del artículo 23 de la ley 222 de 1995 o las normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.
- f)** Abstenerse de desarrollar otras actividades, cuya atención, vaya en menoscabo de sus obligaciones contractuales o legales con la sociedad.
- g)** Realizar los esfuerzos conducentes al adecuado desarrollo del objeto social o de las labores encomendadas.
- h)** Velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales y estatutarias.
- i)** En general, contribuir a que se les otorgue a todos los ACCIONISTAS un trato equitativo y a que se les garanticen sus derechos.

Todo TRABAJADOR, administrador, directivo y alto funcionario deberá revelar por escrito a la SOCIEDAD:

- (i)** los conflictos de intereses en que él o sus relacionados se encuentren inmersos o crean estarlo,
- (ii)** las situaciones de competencia con la SOCIEDAD en que puedan estar incurso él o sus relacionados;
- (iii)** cualquier situación que por sus particularidades pueda resultar reñida con los intereses de la SOCIEDAD Para todos los casos se seguirá el procedimiento que se señala más adelante.

5.3. Prohibiciones

5.3.1. Prohibiciones a los accionistas:

Las siguientes prohibiciones aplican para todos los ACCIONISTAS de la SOCIEDAD, sin importar la participación en la misma:

- a)** Los ACCIONISTAS no podrán solicitar información privilegiada de la sociedad, o referente a sus secretos comerciales, salvo aquella expresamente autorizada por la ley y en las oportunidades expresamente consagradas en las normas.
- b)** Los ACCIONISTAS se abstendrán de ejercer cualquier tipo de presión en la sociedad que pueda implicar un trato inequitativo en perjuicio de los otros ACCIONISTAS.
- c)** Los ACCIONISTAS no podrán efectuar transacciones relacionadas con las acciones de la sociedad sin el cumplimiento de los requisitos legales y estatutarios.
- d)** Los ACCIONISTAS no podrán abstenerse de cumplir los deberes establecidos en el presente código, así como en las leyes y reglamentaciones gubernamentales

5.3.2. Prohibiciones a trabajadores, administradores, directivos.

Está prohibido a todos los trabajadores, administradores, directivos de la SOCIEDAD gestionar, directa o indirectamente, esto es, por sí o por interpuesta persona, negocios que le originen ventajas que conforme a la ley, los estatutos y las buenas costumbres, puedan catalogarse como contrarias a los intereses de la SOCIEDAD.

Ningún empleado, administrador, directivo podrá utilizar su posición en la organización, o el nombre de ésta, para obtener para sí, o para un tercero, tratamientos especiales en negocios particulares del TRABAJADOR (PROPIAS) con otras personas naturales o jurídicas que sean proveedoras, o que de alguna manera tengan relación con la SOCIEDAD. Por el contrario, en el ejercicio del cargo, los TRABAJADORES, administradores, directivos de la SOCIEDAD deben dar a los terceros un trato justo, leal y en igualdad de condiciones, con el fin de que las relaciones de éstos con la SOCIEDAD no originen un trato especial ni ventajoso para unos u otros, ni induzcan al tercero a sentirse obligado a tener consideraciones especiales con el empleado.

Los activos, servicios, y en general, los recursos de la SOCIEDAD deben destinarse por parte de sus TRABAJADORES, administradores, directivos y altos funcionarios de manera exclusiva, para actividades de la SOCIEDAD, lo que obliga a no utilizarlos en provecho personal o de terceros.

Ningún TRABAJADOR, administrador, directivo de la SOCIEDAD, ni sus relacionados, podrá gestionar o celebrar negocios con la SOCIEDAD que sean de interés para dichas personas, salvo que medie autorización escrita según la reglamentación que para tal efecto se hace en el Manual

Ningún TRABAJADOR, administrador, directivo o alto de la SOCIEDAD podrá aceptar para sí o para sus relacionados, atenciones en dinero o en especie (aguinaldos, regalos, viajes, muestras, etc.) de parte de clientes o proveedores de la SOCIEDAD, o de personas o entidades con las que ella sostenga relaciones comerciales o de servicios, que pueda implicar un halago O DADIVA significativa que comprometa o incline su conducta para favorecer a quienes hagan tales atenciones, o que de alguna manera puedan despertar sospechas. Dentro de este criterio, solo le es permitido a los TRABAJADORES, administradores, directivos y altos funcionarios aceptar las atenciones normales y de usanza dentro de las prácticas comerciales (por ejemplo: agendas, lapiceros, vasos, calendarios y similares). La entrega de aguinaldos, regalos y muestras deberá hacerse en las oficinas.

Ningún TRABAJADOR, administrador, directivo o alto funcionario de la SOCIEDAD podrá suministrar a terceros datos o información que configure INFORMACION PRIVILEGIADA, según la definición que de ella se hace en la presente normatividad, salvo autorización del Presidente o del Comité de Presidencia de la SOCIEDAD, la cual se otorgará únicamente en aquellos casos que lo ameriten, a su juicio, y por finalidad ajena a especulación. Tampoco podrá utilizar dicha información en provecho propio o de terceros.

Los TRABAJADORES, administradores, directivos de la SOCIEDAD, mientras estén en ejercicio de sus cargos, no podrán:

- a) En las sociedades por acciones, ser designado ni ejercer en forma simultánea un cargo directivo en más de cinco juntas de administración, siempre que las hubiere aceptado.

- b)** Incentivar, promover o sugerir a los ACCIONISTAS el otorgamiento de poderes en los cuales no aparezca claramente definido el nombre del representante para las asambleas de ACCIONISTAS.
- c)** Recibir de los ACCIONISTAS poderes para las reuniones de asamblea, donde no aparezca claramente definido el nombre del respectivo representante.
- d)** Admitir como válidos poderes conferidos por los ACCIONISTAS, sin el lleno de los requisitos establecidos en el artículo 184 del Código de Comercio, para participar en asambleas GENERAL DE ACCIONISTAS.
- e)** Recomendar a los ACCIONISTAS que voten por determinada lista O POR DETERMINADA PERSONA.
- f)** Sugerir, coordinar o convenir con cualquier accionista o con cualquier representante de ESTOS, la votación a favor o en contra de cualquier proposición que se presente en la misma.

5.4. Conflictos entre accionistas

Las diferencias que ocurran entre los ACCIONISTAS y la SOCIEDAD, o entre aquellos, por razón del contrato social, durante la existencia de la SOCIEDAD, en el momento de la disolución o en el período de la liquidación, serán sometidas a la decisión de un Tribunal de Arbitramento, integrado por tres árbitros designados de común acuerdo por las partes, y a falta de acuerdo, por la Cámara de Comercio de Bogotá. La decisión deberá proferirse en derecho, aplicando preferentemente las normas contenidas en los estatutos y, en lo que no dispongan éstos o las leyes colombianas, los principios generales de derecho y la equidad natural, todo ello conforme a las normas legales que regulen el proceso arbitral.

Si la Cámara de Comercio no designare los árbitros por cualquier motivo, la designación se efectuará con arreglo a las normas legales de carácter procesal aplicables al caso.

Podrá prescindirse del Arbitramento, cuando dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que surja la diferencia, siendo los interesados capaces de transigir y tratándose de controversia susceptible de transacción, resuelve someterla a amigables componedores, en este caso, cada parte nombrará una persona de reconocida honorabilidad y versación en los negocios de que se ocupa la SOCIEDAD, previa aprobación de la otra. Los nombramientos deberán comunicarse conjuntamente por las partes, sin que se indique quién de ellas hizo la respectiva designación. La decisión deberá tomarse en conciencia con base en los argumentos y elementos de juicio de verbalmente o por escrito presenten los interesados.

No habiendo acuerdo sobre la decisión que deban tomar, los amigables componedores quedan facultados para nombrar un tercero, en cuyo caso deberán nuevamente estudiar el asunto o los asuntos controvertidos resolviéndolos por unanimidad o por mayoría de votos. Lo resuelto por los amigables componedores en la forma antes previstas será obligatorio e inapelable para las partes produciendo, en consecuencia, respecto de ellas efecto vinculante de carácter contractual, conforme a la ley.

5.5. Uso de información privilegiada

Se establece que ningún empleado, administrador, directivo de la SOCIEDAD podrá suministrar a terceros datos o información que configure INFORMACIÓN PRIVILEGIADA, salvo autorización del Gerente de la SOCIEDAD, la cual se otorgará únicamente en aquellos casos que lo ameriten, a su

juicio, y por finalidad ajena a especulación. Tampoco podrá utilizar dicha información en provecho propio o de terceros. Ver política de tratamiento de datos

5.6. Relaciones económicas entre los trabajadores, directivos y accionistas de la sociedad

Los criterios aplicables a las relaciones económicas entre los TRABAJADORES, directivos y ACCIONISTAS de la SOCIEDAD, se encuentran específicamente establecidos en los estatutos sociales de la SOCIEDAD, donde se encuentran también los mecanismos y garantías para su cumplimiento.

En sentido genérico, las relaciones económicas anteriormente señaladas, se regirán por criterios de legalidad, transparencia, justicia, igualdad y respeto absoluto por los derechos de los ACCIONISTAS e inversionistas, sin importar su clase.

Conforme a los estatutos sociales y lo dispuesto en el presente Código, corresponde a los directivos de la SOCIEDAD, su Representante Legal y la Junta Directiva de la misma, garantizar el cumplimiento de dichos criterios, en las formas y procedimientos aquí descritos.

6. Aspectos relevantes de las políticas institucionales

6.1. Política de la empresa frente a la responsabilidad social

Ser eficaz a través de la gestión por valores, es apostar por la participación, el aprendizaje, el crecimiento personal y colectivo de los trabajadores, incorporando en cada uno de los procesos el respeto por las personas, los valores éticos, la comunidad y el medio ambiente, todo lo anterior en un proceso de desarrollo económico armónico y no exclusivamente buscando la renta de Capital.

Para la organización la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) implica el cumplimiento estricto de las obligaciones legales vigentes y la gestión que demanden las instituciones del Estado, la participación activa de nuestros grupos de interés, la puesta en marcha de programas sociales y del cuidado de medio ambiente, lograr la sostenibilidad económica y financiera, ser transparentes y éticos en nuestro actuar. Nuestros objetivos con la Responsabilidad Social Corporativa son:

- Tener usuarios felices y satisfechos, que quieran volver al Instituto de Diagnóstico médico S.A. cuando les sean necesario.
- Una empresa fortalecida, con altos estándares de calidad y posicionada como la mejor con respecto a sus competidores.
- Reconocer y ser reconocidos por la comunidad.
- Ser una empresa en constante crecimiento, no solo en ventas, sino en calidez y servicio al cliente.

6.1.1. Gestión social

Mediante la directriz de la Gerencia se hace explícita nuestra política de Responsabilidad Social Corporativa, basada en la orientación al bien común, mediante la prestación de servicios de salud con calidad y eficiencia en cumplimiento de su objeto social, y la contribución al desarrollo de la comunidad. Así mismo afianza el compromiso de fortalecer sus acciones en torno a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Esta directriz busca construir relaciones sólidas y de beneficio mutuo entre la comunidad y la Empresa, basándose en el principio de creación de valor

compartido que nos permita identificar la solución que podemos aportar desde el Instituto de Diagnóstico Médico S.A. a los problemas sociales.

6.1.2. Gestión medioambiental

Cada vez más las personas se preocupan por el medio ambiente y la manera como se ve afectado con nuestro actuar. En el Instituto de Diagnóstico Médico S.a., sabemos que nuestras actividades diarias, generan impactos al medio ambiente y creemos en la necesidad de minimizar dichos impactos y compensar aquellos que no podemos evitar. En este sentido estamos comprometidos a trabajar en la reducción de nuestras huellas hídricas y energéticas, en compensar nuestra huella de carbono y en generar una cultura de reducción del consumo y cuidado de nuestros recursos entre nuestros grupos de interés

6.1.3. Sostenibilidad económica y financiera

Nuestras acciones están encaminadas a la creación de valor para nuestros accionistas, garantizando un uso adecuado del capital y el cumplimiento de sus intereses. La creación de valor para nuestros clientes, en la medida que brindamos un servicio de calidad, y atendemos con diligencia sus solicitudes o reclamos. La creación de valor para la sociedad, en tanto generamos empleo, pagamos salarios justos, cumplimos con los requerimientos legales y tributarios, y apoyamos el funcionamiento de la economía.

6.1.4. Ejecución y seguimiento

Una vez revisado y aprobado el presente documento se vinculará al software de control de documentos, ALMERA, en la parte del proceso de Gerencia General, lo que nos garantizará que se mantenga actualizado y vigente, su actualización no será superior a cada 2 años. Su difusión y entendimiento será responsabilidad del departamento de Gestión de Talento Humano quienes incluirán en el programa de capacitaciones, el conocimiento y aplicación de los mismos.

6.2. Política de la empresa frente a la tecnología

6.2.1. Política de seguridad de la información

La información es un recurso que como los demás activos tienen un valor para la compañía y por consiguiente debe ser protegida de acuerdo a los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad y debe ser considerada esencial para las actividades de la empresa. (Medida 65, Circular Externa 003/2018):

6.2.1.1. Generalidades

Ambiente y servicios

Los funcionarios de la Gerencia de Sistemas de Información, encargados de las redes de comunicación deberán seguir las siguientes instrucciones para proteger la información que por ellas fluya:

- **Aspectos generales:** Las direcciones internas, configuraciones e información relacionada con el diseño de los sistemas de comunicación y cómputo. Deberán ser tratadas como información confidencial. Los empleados y contratistas no deben llevar a cabo ningún tipo de instalación de líneas telefónicas, canales de transmisión de datos, módem, ni cambiar su configuración sin haber

sido formalmente aprobados.

- **Conexiones con redes públicas e internet:** No se debe conectar a través de módem (dial-up) a estaciones de trabajo que estén simultáneamente conectadas a una red de área local o a otra red de comunicación interna sin las consideraciones mínimas de seguridad.
- **Servicios:** Lo publicado en la página Web del Instituto de debe ser autorizado por la Dirección General. La información confidencial correspondiente a los accesos de los sistemas de comunicación e información, como números telefónicos de marcación de módem, no debe ser expuesta en boletines electrónicos ni en directorios telefónicos. El uso de los sistemas para entrega o intercambio electrónico de datos con terceros, se puede hacer solo si existe un acuerdo que establezca los términos y condiciones de estos procesos.
- **Internet:** Los recursos de Internet solo deben ser usados para propósito del negocio. Bajar archivos desde Internet (especialmente ejecutables pero también archivos de otros formatos) por empleados está prohibido. Se exceptúan aquellos que forman parte inherente del trabajo. Todo el software obtenido a través de Internet debe ser revisado por un software antivirus (filtros de contenido), antes de transmitirlo internamente hacia usuarios de la organización.

Los empleados deben estar enterados que existe un procedimiento de auditoría que refleja las actividades realizadas cuando hacen uso de la Internet.

Nos reservaremos el derecho de bloquear el acceso a sitios de Internet que sean considerados inapropiados y el intento de acceder esos sitios pueden resultar en una acción disciplinaria.

Está prohibido el uso de los recursos institucionales y especialmente de la Internet para realizar transacciones comerciales ajenas a los propósitos del negocio.

No se deben suministrar datos de la organización en páginas WEB que no tengan que ver con el propósito del negocio. (Evalúe siempre el nivel de privacidad de la información que está suministrando). Si se suministran datos, preferiblemente hacerlo en páginas que enuncie su política de privacidad y antispam.

La instalación o uso de clientes o software para compartir archivos audiovisuales o multimedia en cualquier formato de compresión como mp3, mpg, mpeg, entre otros, está prohibido y es considerado un riesgo.

La instalación o uso de clientes o software de descarga de eBooks están prohibidos.

La instalación o uso de Internet para leer noticias, escuchar música, visualizar multimedia o material audiovisual está prohibido por sus consecuencias sobre el ancho de banda y por las implicaciones que puedan tenerse respecto a violaciones a derechos de autor. Solo se pueden ver los contenidos multimedios que desde la Gerencia de Gestión de Talento Humano tenga a bien utilizarse para la capacitación del personal.

La información de Intranet debe ser únicamente utilizada por personal interno. Los empleados no deben redireccionar información que aparezca en Intranet a terceros.

• **Correo electrónico**

El correo electrónico es una herramienta de trabajo y debe ser utilizada como tal. Esto implica que los mensajes intercambiados por este medio tienen contenido restringido a temas relacionados con las funciones que el empleado desempeña. Todos los mensajes enviados por este medio pertenecen a la empresa y ésta se reserva el derecho de acceder y revelar los mensajes enviados por este medio para cualquier propósito.

El envío de mensajes en forma masiva como las prácticas de spam están prohibidas.

El correo electrónico no debe ser utilizado por terceros (Clientes o proveedores).

Los empleados no deben utilizar una cuenta de correo electrónico que pertenezca a otro trabajador, en caso de ausencias o vacaciones se debe recurrir a mecanismos alternos como redirección de mensajes o activar la opción de ausencia.

Los empleados no deben enviar mensajes de correo electrónico con contenidos hostiles que molesten a los receptores del mismo, como comentarios sobre sexo, raza, religión o preferencias sexuales.

Ningún empleado está autorizado para monitorear los mensajes de correo electrónico de otros, excepto las áreas de control o áreas responsables. El monitoreo es realizado para cumplir con políticas internas en casos de sospechas de actividad no autorizada, investigaciones y otras razones de la alta gerencia, el Instituto de Diagnóstico médico S.A no está obligada a solicitar autorización del empleado involucrado para realizar esta actividad, en consideración a que desde su ingreso a la institución se le ha explicado que esta es una herramienta de trabajo y como tal, debe ser usada y no genera privacidad ya que su utilización es única y exclusiva como elemento de trabajo.

El usuario debe chequear regularmente el correo para asegurar una respuesta dentro del tiempo pertinente al remitente. Todos los mensajes que son enviados deben cumplir con la legislación local y estándares de la compañía.

Reemplazar, alterar, suprimir o cambiar la identidad del usuario que envía el mensaje está prohibido y esta falta puede acarrear consecuencias disciplinarias y legales. El uso del e-mail para el intercambio de software no autorizado, está prohibido por las implicaciones que se pueden dar en cuanto a violaciones a los derechos de autor se refiere.

Está prohibido originar o distribuir e-mail de tipo cadena. Si tales mensajes son recibidos, se le debe informar inmediatamente y NO debe ser remitido ni reenviados.

Archivos adjuntos son el método más común para transmitir virus vía e-mail. Se deben tomar precauciones antes de ser abiertos. Su contenido deberá conocerse antes de ser reenviados a otros.

Los archivos adjuntos son chequeados por el sistema central de antivirus. El e-mail con archivos adjuntos que contenga virus es eliminado automáticamente. Será responsabilidad de la Gerencia de Sistemas de Información. Realizar oportunamente los procesos de actualización del software antivirus.

Todos los e-mails que salgan deben ser firmados por la persona responsable de ese buzón, se debe incluir los datos del remitente y su cargo o dependencia.

Los empleados no deben utilizar versiones escaneadas de firmas hechas a mano para dar la impresión de que un mensaje de correo electrónico o cualquier otro tipo de comunicación electrónica ha sido firmado por la persona que la envía.

La información enviada o recibida por correo debe ser guardada en un medio apropiado para satisfacer necesidades posteriores.

Los usuarios deben ser informados que los e-mails, que ellos hayan borrado en su cliente de correo, de los elementos eliminados son borrados irrevocablemente.

Los recursos de los sistemas de mensajería son limitados. El tamaño de los buzones de correo y el tamaño máximo de los archivos adjuntos están a discreción de la Gerencia de Sistemas de Información. El usuario debe depurar su buzón regularmente eliminando o guardando en carpetas dentro de su disco duro los mensajes más antiguos o los adjuntos que considere oportunos. El tamaño máximo de todos los archivos adjuntos a un mensaje no puede superar los 25 Megabytes.

La contraseña debe ser cambiada regularmente, recomendamos hacerlo cada 2 meses.

Ningún funcionario debe construir o utilizar mecanismos para coleccionar contraseñas o códigos de identificación de usuarios; ni tampoco mecanismos para identificar o autenticar la identidad de los usuarios.

• **Controles automáticos y de usuario**

El control de acceso a todos los sistemas de computación debe realizarse por medio de códigos de identificación y contraseñas únicas para cada usuario.

La identificación del usuario no debe tener ninguna indicación explícita del nivel de privilegio del mismo o de su rango jerárquico dentro de la organización.

Debe existir un procedimiento formal para crear y para borrar el acceso a un usuario de las aplicaciones. El procedimiento debe asegurar que:

- El procedimiento formal del registro del usuario haya sido completado antes de proveerle el acceso.
- Se evalúe los "LOGIN" que no hayan sido usados hace tres meses los cuales deben ser suspendidos.
- Si el usuario digita un LOGIN (user ID o clave) incorrecta, el sistema no debe mostrar la fuente del problema, simplemente debe informársele que el LOGIN es incorrecto y terminar la sesión o esperar un nuevo LOGIN.

El procedimiento debe garantizar que no se muestre la aplicación hasta que el proceso completo de identificación no se haya terminado satisfactoriamente. Igualmente no se debe proveer ningún tipo de ayuda durante el proceso de validación del usuario.

Después de tres intentos consecutivos infructuosos al sistema, se debe suspender el acceso del usuario hasta que el administrador del sistema o responsable de la seguridad lo habilite de nuevo siguiendo con los procedimientos establecidos para identificación del usuario. Las contraseñas deben tener la siguiente estructura: Longitud mínima de 6 caracteres, alfanuméricos, con la posibilidad de usar caracteres en mayúsculas, minúsculas y caracteres especiales.

Los usuarios deben definir contraseñas que sean difíciles de adivinar, no pueden ser series de números (123456), ni repeticiones de caracteres (AAAA, 1111), ni situaciones familiares (fechas de cumpleaños, nombres familiares, placas del carro, etc.), ni palabras compuestas combinadas con cierto número de caracteres que cambian predeciblemente (un área, una fecha, una ciudad, un

proyecto, etc.), ni palabras muy similares a otras definidas anteriormente. Los usuarios no deben abandonar su computador, estación de trabajo o terminal sin haber realizado LOGOUT o haber cerrado la sesión.

Revisiones periódicas como medio de control, de los derechos de los usuarios deben realizarse.

• **Personal encargado**

El personal de sistemas debe ser cuidadosamente seleccionado midiendo la importancia del sistema que va a tener bajo su control.

Responsabilidades sobre la administración y mantenimiento de tareas deben estar definidas claramente y documentadas por escrito en caso de alguna ausencia.

Contraseñas y accesos de control para tareas vitales de administración, deben poderse recuperar desde una copia almacenada en forma segura.

El administrador no debe usar sus privilegios para leer o acceder a información confidencial o estrictamente confidencial que no sea necesaria para su trabajo.

• **Documentación del sistema**

Procedimientos para manejar información sensible deben estar establecidos para proteger tales datos de acceso no autorizado o pérdida de la información.

La documentación del sistema puede contener un rango de información sensible, como descripción de aplicaciones, procedimientos, estructura de datos, autorización de procesos por lo que se debe garantizar que la documentación del sistema permanezca físicamente bajo llave. La documentación generada por el computador deberá ser almacenada separada de otras aplicaciones y asignarle un apropiado nivel de protección.

• **Respaldos**

El riesgo de pérdida o manipulación de datos debe ser reducido por el procedimiento de BACKUP para todos los datos y aplicaciones de los sistemas. Esos procedimientos de BACKUP deben estar documentados para cada sistema y el proceso de restauración debe ser realizado cuando ocurra una falla en el sistema y cuando se requiera de una rápida y fácil recuperación de datos y/o sistema.

Los medios del BACKUP deben estar almacenados de manera segura en un sitio diferente al centro de cómputo o la Oficina de Sistemas. El acceso a este sitio debe estar restringido y protegido. Todos los medios de BACKUP deben estar etiquetados siguiendo un estándar claramente definido.

6.2.1.2. Sistemas de información

La institución cuenta con los siguientes sistemas de información para la ejecución de sus actividades:

- ATHENEA
- ALMERA
- BREAK POINT
- A&A
- CIKLOS
- AVICENA

Por lo anterior, cuenta con información documentada que garantiza la gestión de la información (Medida 61, Circular Externa 003/2018):

ID-MN-038 - Manual de Gerencia de la Información

ID-MN-045 - Manual De Adopción De Tic Para Idime S.A.

ID-MN-051 - Manual Alcance SGSI

ID-PO-000 - Política de Tratamiento de Datos (Medida 65, Circular Externa 003/2018)

ID-PO-004 - Política General de Seguridad de la Información (Medida 62 y 63. Circular Externa 003/2018)

6.2.1.3. Cambios al hardware

Los equipos de cómputo no deben ser alterados ni mejorados (cambios de procesador, adición de memoria, tarjetas o periféricos) sin el consentimiento, evaluación técnica y autorización de la Gerencia de Sistemas de Información.

Los empleados deben reportar a la Gerencia de Sistemas de Información, sobre daños o pérdida del equipo que les ha sido entregado y tengan a su cuidado y responsabilidad. La intervención directa para reparar el equipo está expresamente prohibida .se debe proporcionar personal de soporte para la solución del problema reportado.

Todos los equipos deben estar relacionados en un inventario que incluya la información de sus características, configuración y ubicación.

Todo el hardware que adquiera debe conseguirse a través de canales de compra estándares y debe quedar soporte impreso de la cotización y las condiciones de entrega y garantía. Para todos los equipos y sistemas de comunicación utilizados en procesos, se debe aplicar un procedimiento formal de control de cambios que garantice que solo se realicen los cambios autorizados. Este procedimiento de control de cambios debe incluir la documentación del proceso con las respectivas propuestas revisadas, la aprobación de las áreas correspondientes y la manera como el cambio fue realizado.

Los equipos de cómputo (PC, servidores, LAN etc.) no deben moverse o reubicarse sin la aprobación previa del administrador, jefe o coordinador del área involucrada y con conocimiento y supervisión de la Gerencia de Sistemas de Información.

6.2.1.4. Acceso físico y lógico

No se deben conectar computadores que no sean aprobados a la red interna.

Las bibliotecas de cintas magnéticas, discos y documentos se deben ubicar en áreas restringidas en sitios alternos con acceso únicamente a personas autorizadas.

Con la excepción de las computadoras de dependencias y ciudades que no estén dentro del perímetro de nuestra red, se debe limitar el uso de módem y el uso de conexiones de marcado

directo. Todas las conexiones con los sistemas y redes del Instituto de Diagnóstico Médico S.A deben ser dirigidas a través de dispositivos probados y aprobados por el Departamento de Sistemas. En los equipos objeto de excepción se deben establecer controles para garantizar que el uso de dicho recurso y las conexiones realizadas no representen un riesgo.

Los equipos de computación del Instituto de Diagnóstico Médico S.A a los cuales tengan acceso tercero a través de diversos canales - como líneas conmutadas, redes de valor agregado, Internet y otros, deben ser protegidos por mecanismos de control aprobados por el Departamento de Sistemas.

El conocimiento de las direcciones de red internas, configuraciones e información relacionada con el diseño de los sistemas de comunicación y cómputo deben ser restringidas.

Todos los accesos externos deben canalizarse a través de un FIREWALL para hacer los controles pertinentes.

Antes de dar de baja algún equipo de cómputo o periférico debe existir autorización expresa del Departamento de Sistemas. El documento de castigo será remitido al área responsable de sacar del inventario de equipos el elemento afectado.

6.2.1.5. Respaldo y continuidad del negocio

El departamento de Sistemas debe proveer, mantener y dar entrenamiento sobre los sistemas de protección que existen para asegurar la continuidad del servicio de los sistemas de computación críticos.

Los computadores y estaciones de trabajo en otras sedes se deben equipar con unidades suplementarias de energía eléctrica (UPS), filtros eléctricos, supresores de picos de corriente y, en lo posible, eliminadores de corriente estática.

La documentación del diseño de la red, su fragmentación, tipo de señalización y conexiones, debe permanecer actualizada en todo momento.

A todo equipo de cómputo, comunicaciones y demás equipos de soporte debe realizársele un mantenimiento preventivo y periódico, de tal forma que el riesgo a fallas se mantenga en una probabilidad de ocurrencia baja. Registro de dicha actividad debe diligenciarse y ser de conocimiento del Departamento de Sistemas.

Los planes de contingencia y recuperación de equipos deben ser revisados y probados regularmente con el fin de asegurar que el plan sea relevante, efectivo, práctico y factible de realizar.

6.2.1.6. Otros

Todos los procesos relacionados con inscripción de datos deben ser soportados preferiblemente por módulos de hardware. Este sistema minimiza la amenaza de ingeniería de reverso del software y una revelación de la(s) clave(s).

No es permitido el uso de equipos portátiles (laptop, notebook, pamp, pocket pc etc.) para el desarrollo de labores propias del negocio, que no hayan sido asignados por el Departamento de Sistemas como herramienta de apoyo. Excepciones son permitidas con el conocimiento

y consentimiento del Departamento de Sistemas y su conexión por cualquier medio a otros recursos informáticos será controlada y supervisada para evitar que sea un agente de riesgo por contaminación vírica o puertas falsas. Las políticas enunciadas en este documento aplican al uso del dispositivo y a la información que contenga.

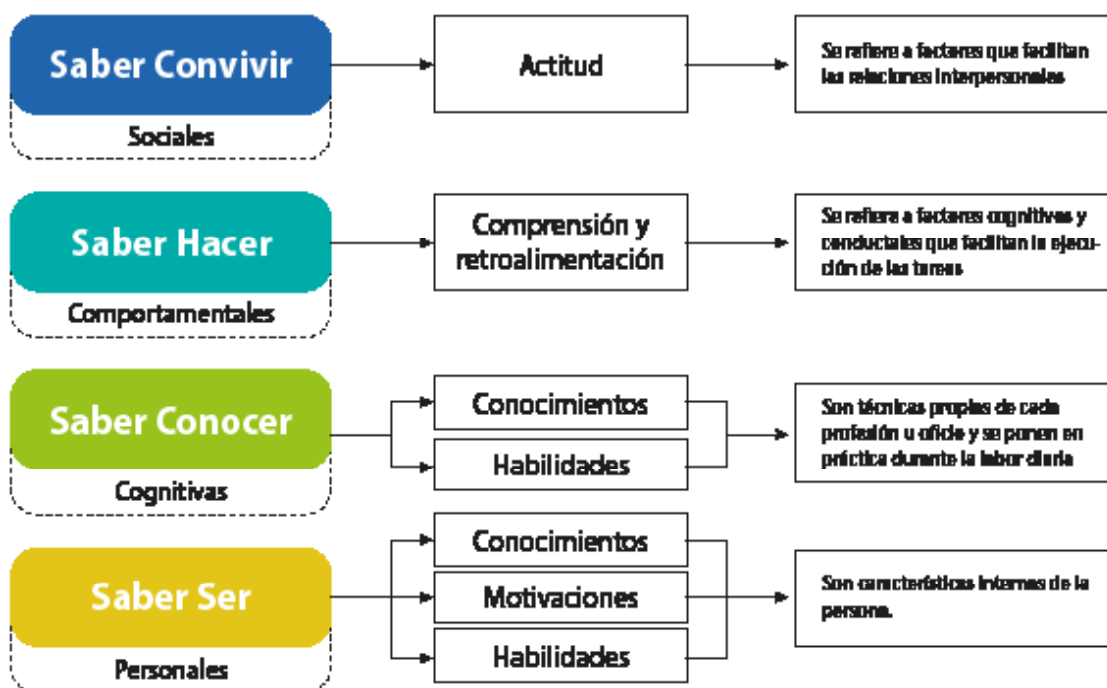
Todo equipo de cómputo y de comunicaciones debe tener un número físico de identificación permanente grabado en el equipo el cual debe ser asignado por la Gerencia de Sistemas de Información.

6.3. Políticas entre la empresa y los trabajadores

6.3.1. Competencias institucionales

El Instituto de Diagnóstico Médico S.A. definió cuatro (4) competencias organizacionales básicas que deben tener todas las personas que forman parte de este equipo de trabajo.

Componentes de la competencia



La competencia es un saber hacer frente a una tarea específica, la cual se hace evidente cuando el sujeto entra en contacto con ella

6.3.2. Salario / remuneración

El salario es contraprestación económica que recibe el trabajador por la prestación personal de sus servicios al empleador.

Constituye salario no sólo la remuneración ordinaria, fija o variable, sino todo lo que recibe el trabajador en dinero o en especie como contraprestación directa del servicio, sea cualquiera la forma o denominación que se adopte, como primas, sobresueldos, bonificaciones habituales, valor del trabajo suplementario o de las horas extras, valor del trabajo en días de descanso obligatorio,

porcentajes sobre ventas y comisiones. (Art. 127 C.S.T).

De la norma transcrita se entiende que todo pago hecho al trabajador no importa el concepto o definición que se le dé hace parte del salario. Ahora, el pago que se haga al trabajador debe corresponder a la retribución que el empleador hace al trabajador por la prestación de sus servicios.

Esto quiere decir que aquellos pagos que no corresponden a una contraprestación por la labor del trabajador no pueden considerarse salario, como bien es el caso de las indemnizaciones, viáticos (en los términos del Art. 130 del C.S.T), pagos por mera liberalidad el empleador, etc.

6.3.3. Jornada laboral

La jornada laboral diaria no puede exceder de 8 horas, en la semana no se pueden laborar más de 48 horas según lo dispone el artículo 161 del código laboral.

La jornada de trabajo puede ser diurna o nocturna. Se considera diurna entre las 6 de la mañana y las 9 de la noche. Entre las 9 de la noche y las 6 de la mañana del día siguiente se considera nocturna.

El artículo 164 del código sustantivo del trabajo permite que se pacte una jornada de hasta 10 horas diarias con el único fin de no laborar el sábado. En tal evento no se puede laborar horas extras. (Los horarios del Instituto de Diagnóstico Médico S.A se encuentran publicados en el reglamento interno de trabajo).

6.3.3. Jornada laboral

La jornada laboral diaria no puede exceder de 8 horas, en la semana no se pueden laborar más de 48 horas según lo dispone el artículo 161 del código laboral.

La jornada de trabajo puede ser diurna o nocturna. Se considera diurna entre las 6 de la mañana y las 9 de la noche. Entre las 9 de la noche y las 6 de la mañana del día siguiente se considera nocturna.

6.3.2. Seguridad y salud en el trabajo

La seguridad y salud en el trabajo gozarán de la máxima prioridad. Se garantizará la seguridad y salud en el trabajo implementando el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con la normatividad vigente Decreto único 1072 del 2015.

6.3.3. Capacitación

Los programas de capacitación de INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A., están estructurados con base en la demanda de los cargos, las políticas institucionales y la planeación estratégica y a su vez se manejan bajo tres enfoques.

El programa Integral de Humanización: Este busca diseñar estrategias de sensibilización, humanización y comunicación.

Capacitaciones Específicas: Están relacionados con las competencias y habilidades específicas

necesarias para el correcto desempeño de sus funciones.

Formación Complementaria: Tienen como objetivo complementar conocimientos en áreas o temas específicos, orientados a que el trabajador pueda desarrollar funciones productivas propias de su labor.

6.3.4. Políticas internas laborales

La programación de horarios se debe realizar de acuerdo a los turnos establecidos en el reglamento interno de trabajo.

Los retardos serán aplicados conforme el artículo 61 y 62 del reglamento interno de trabajo.

Se otorgarán 3 días hábiles remunerados en el año por calamidad doméstica como: incendio, terremoto, inundación o por enfermedades graves que causen hospitalización de los padres, cónyuge e hijos.

Todos los permisos deben ser solicitados mínimo con 3 días de anticipación. Cumplida la cita, el trabajador debe regresar de inmediato a la Empresa, salvo que sea incapacitado u hospitalizado. En caso de que el trabajador sea incapacitado deberá dar aviso dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la Empresa.

Los permisos para diligencias personales serán (5) al año máximo de (2) horas sin reposición de tiempo como (reuniones de colegios, juzgados, entre otros).

Todos los permisos mencionados anteriormente, se deben informar oportunamente a Gestión de la Talento Humano para dar el trámite necesario (Gerentes de sede, Jefes y Coordinadores).

Los trabajadores deberán solicitar sus vacaciones con un mes de anticipación para que así el coordinador del área planee los respectivos reemplazos y el pago se realice oportunamente.

Las vacaciones podrán ser total o parcialmente colectivas de acuerdo con las necesidades del servicio de la empresa. Cuando medie necesidad del servicio; la empresa determinará los casos en que su disfrute en tiempo se haga de manera individual. La época de las vacaciones debe ser señalada por la empresa a más tardar dentro del año subsiguiente y ellas deben ser concedidas oficiosamente o a petición del trabajador, sin perjudicar el servicio y la efectividad del descanso. El empleador tiene que dar a conocer al trabajador con quince (15) días de anticipación la fecha en que le concederán las vacaciones (artículo 187 C.S.T.).

La Empresa sólo aceptará incapacidades expedidas por la entidad promotora de salud a la que se encuentre afiliado como justificación para faltar al trabajo.

Los diez (10) minutos de descanso deberán ser tomados según el turno que inician, desde las 7:00 a.m. hasta las 10:00 am rotativamente y en horas de la tarde desde las 03:30 p.m. hasta 04:30 pm.

La empresa no reconocerá trabajo suplementario o de horas extras sino cuando expresamente lo autorice a sus trabajadores de acuerdo con lo establecido para tal efecto en el artículo 11 de este Reglamento interno de trabajo.

Los créditos a funcionarios serán otorgados con mínimo un (1) año de antigüedad en la organización y que tengan capacidad de endeudamiento.

Los casos en el que el empleador tiene la facultad de entregar directamente al trabajador las cesantías son: Terminación del contrato de trabajo e inversiones relacionadas con vivienda.

En el segundo caso está regulado por el artículo 256 del código sustantivo del trabajo y los artículos 2.2.1.3.2 y 2.2.1.3.3 del decreto 1072 de 2015 y corresponde básicamente a los siguientes casos:

- Adquisición de vivienda.
- Adquisición de lote o terreno para construir la vivienda.
- Construir vivienda sobre terreno de propiedad del trabajador o de su cónyuge.
- Ampliar, modificar y repara la vivienda propiedad del trabajador o de su cónyuge.
- Pago de hipotecas.
- Pago de impuestos que afecten realmente la casa como el impuesto predial.

6.3.5. Políticas generales de selección de personal

La necesidad de un proceso de selección surge con la apertura de nuevas sedes, la creación de un nuevo cargo, el cubrimiento de vacaciones, promociones a otros cargos, cancelaciones de contrato o por la renuncia del personal.

Los procesos de selección se pueden generar de manera externa a la organización o se pueden realizar promociones internas para este caso se debe tener en consideración los siguientes requisitos:

- Antigüedad de mínimo un año en el cargo.
- No presentar procesos disciplinarios durante el último año.
- No presentar novedades de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- No haberse presentado a convocatorias internas en un lapso menor a cuatro (4) meses.

De cumplir con los requisitos informar al jefe inmediato de su participación para su aprobación.

La compañía permite la vinculación laboral de familiares. No obstante, lo anterior, la Gerencia General y la Gerencia de Talento Humano toman la decisión de contratación o no, de acuerdo a los resultados del proceso de selección.

Toda persona que desee vincularse con el Instituto de Diagnóstico Médico S.A deberá pasar por el proceso de selección ya establecido al interior de la organización. Este requerimiento se dará a conocer por los diferentes medios de reclutamiento.

La compañía no se verá obligada a dar explicaciones de los motivos de descarte de los aspirantes, aun cuando ellos sean recomendados por empleados. Esta información hace parte de la reserva del área de Gestión Humana. En caso de convocatoria interna a nivel administrativo se dará retroalimentación del proceso siempre y cuando la persona lo solicite.

6.3.6. Políticas entre la empresa y el personal asistencial

La necesidad de un proceso de selección surge con la apertura de nuevas sedes, la creación de un nuevo cargo, el cubrimiento de vacaciones, promociones a otros cargos, cancelaciones de contrato o por la renuncia del personal.

6.3.6.1. Médicos

El médico atenderá profesionalmente a su paciente en una relación de confianza y respeto que garantice la libertad y autonomía de ambos.

El médico deberá prestar atención profesional a toda persona enferma que lo requiera y no podrá eludir dicha atención cuando no exista otro colega que se haga cargo del paciente.

El médico a quien se solicitaren prestaciones que vayan en contra de su conciencia o de su convencimiento clínico, podrá negarse a intervenir. En estas circunstancias, procurará que otro colega continúe asistiendo al paciente, salvo que ello produjere graves e inmediatos daños para la salud del enfermo.

Ningún médico, por la naturaleza de la ciencia y arte que profesa, puede asegurar la precisión de su diagnóstico, ni garantizar la curación del paciente.

Falta de ética el médico que en la atención de un enfermo actúe con negligencia, imprudencia o impericia. Será negligente aquel profesional que teniendo el conocimiento, las destrezas y los medios adecuados, no los haya aplicado.

Actúa con imprudencia aquel médico que teniendo los recursos y preparación necesarios para la atención de un paciente, los aplicare inoportuna o desproporcionadamente, como también si, careciendo de los recursos o preparación adecuados, efectuare una atención sometiendo al paciente a un riesgo innecesario.

Un diagnóstico equivocado, el fracaso de un tratamiento o de cualquier otra acción médica, habiéndose usado todos los elementos disponibles, no constituyen necesariamente negligencia. Constituye impericia la falta de los conocimientos o destrezas requeridos para el acto médico de que se trata.

Información y consentimiento

En caso de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen un riesgo significativo para el paciente, el médico le proporcionará información adicional de los beneficios y riesgos del mismo, con el fin de obtener su consentimiento específico, imprescindible para practicarlos.

Es recomendable que el colaborador consigne siempre el consentimiento del paciente por escrito, debiendo proceder necesariamente de esta forma cuando dicho consentimiento sea exigido por la ley.

Si el paciente no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, por estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y no es posible obtenerlo de su familia, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional. La opinión del menor de edad deberá ser considerada, atendiendo a su edad y grado de madurez. El derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o un tratamiento deberá ser respetado,

debiendo el médico, en todo caso, informar al paciente, de manera comprensible, las consecuencias que puedan derivarse de su negativa. En esta circunstancia, el facultativo no abandonará al enfermo, debiendo procurar que se le presten los cuidados generales necesarios. En casos de urgencia médica impostergable, el médico actuará en conciencia, protegiendo el derecho a la vida del paciente.

Secreto profesional

El secreto profesional es un deber inherente al ejercicio de la profesión médica y se fundamenta en el respeto a la intimidad del paciente, quien devela información personal, en la medida que ésta es útil para el tratamiento de su enfermedad.

En la relación entre médico y paciente es condición indispensable asegurar la confidencialidad de toda información que surja en la atención profesional, siendo el médico responsable de su cautela. Este deber se extiende a todos aquellos documentos en que se registren datos clínicos, diagnósticos terapéuticos y pronósticos.

Esta información confidencial puede ser entregada cuando es solicitada por el paciente o cuando él lo autorice. Cuando se requiera la asistencia de otros profesionales, deberá solicitarse al paciente su consentimiento para transmitir esta información.

El médico debe guardar confidencialidad de toda información relativa a su paciente, ya sea que la obtenga de un relato verbal de aquél, o en virtud de los exámenes o intervenciones quirúrgicas que le practique.

El secreto profesional incluye, además, el nombre del paciente y constituye para el médico una obligación que debe respetar, incluso, después de concluidos sus servicios profesionales, o una vez fallecido el paciente.

El facultativo deberá siempre adoptar todas aquellas medidas que sean necesarias para cautelar la confidencialidad de la información recibida, debiendo procurar que sus colaboradores mantengan discreción y guarden la misma confidencialidad.

El médico procurará que en los sistemas de registro la información sujeta a secreto profesional sea consignada separadamente de la información meramente administrativa.

Es deber del médico garantizar que los pacientes que se haga referencia en publicaciones científicas, reuniones clínicas y presentaciones públicas permanezcan en el anonimato. Con todo, si fuere imprescindible revelar la identidad de algún paciente, el facultativo deberá contar siempre con el consentimiento escrito de aquél.

El médico no podrá suscribir convenios de prestación de servicios profesionales, si éstos lo obligan a entregar información sujeta a secreto profesional.

Sólo con autorización escrita del paciente el médico podrá develar la información sujeta a secreto profesional. Aquélla deberá precisar cuál es la información que se autoriza develar y quiénes pueden acceder a ella. La autorización deberá ser firmada por el paciente o, en caso de incompetencia comprobada por la persona que lo subroga. En ningún caso se aceptarán como válidas las autorizaciones genéricas, otorgadas con anterioridad a los hechos que las motivan, o insertas en contratos de adhesión celebrados con instituciones financiadoras o proveedoras de prestaciones de salud.

6.3.6.2. Bacteriólogo

El médico atenderá profesionalmente a su paciente en una relación de confianza y respeto que garantice la libertad y autonomía de ambos.

- Guardar el secreto profesional salvo en las excepciones que la Ley lo considere
- Realizar un estricto control de calidad de los procesos, servicios y productos finales
- Exigir el suministro de reactivos con calidad certificada, que garanticen la confiabilidad de los resultados
- Entregar en forma clara, precisa y oportuna los resultados de los análisis realizados.
- Certificar con su firma y número de Registro Profesional cada uno de los análisis realizados. (NTC ISO 15189:2014, 4.1.1.2)
- Atender pacientes con enfermedades infectocontagiosas, al uso de sustancias tóxicas y reactivos químicos necesarios para desempeñar su profesión, siempre y cuando reciba los elementos de protección laboral que garantice su integridad física y mental, de acuerdo con la normatividad vigente en materia de alto riesgo, así como los beneficios de descanso que compense los posibles peligros que asume en su labor.
- Respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de su profesión y el respeto por los derechos humanos, tales como:
 - Todo el personal del laboratorio, no están involucrados en ningún trato comercial ni financiero indebido, ni a ninguna otra presión ni influencia, que pueda afectar adversamente la calidad de su trabajo.
 - Todo el personal del laboratorio clínico y de patología, se adhieren a los procedimientos que aseguran el adecuado tratamiento de muestras, tejidos y residuos humanos, de acuerdo a los requisitos legales pertinentes.
 - Todo el personal del laboratorio clínico, garantiza el cumplimiento de la resolución 1995 de 1999 y todas aquellas externas e internas relacionadas con la seguridad de la información.
 - Cumplir y Hacer Cumplir las normas de Bioseguridad Vigentes

Prohibiciones

Son prohibiciones aplicables al profesional de la Bacteriología en el ejercicio de su profesión:

Participar en programas que signifiquen la fabricación de armas bacteriológicas, genéticas o cualquier elemento biológico que atente contra la salud comunitaria. Realizar labores inherentes a la profesión que excedan a su formación, a su capacidad física y mental que comprometan la calidad de los procesos e implique deterioro en la salud del bacteriólogo y como consecuencia la del paciente. Omitir o retardar el cumplimiento de las actividades profesionales. Solicitar o aceptar prebendas o beneficios indebidos para realizar sus actividades. Realizar actividades que contravengan la buena práctica profesional.

6.3.6.3. Personal de enfermería

La práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos. Son principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.

Son principios específicos de la práctica de enfermería los siguientes:

- **Integralidad:** Orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual. Individualidad. Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.
- **Dialogicidad:** Fundamenta la interrelación enfermera-paciente, familia, comunidad, elemento esencial del proceso del cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.
- **Calidad:** Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.
- **Continuidad:** Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los períodos de salud y de enfermedad. Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

6.4. Políticas entre la empresa y los proveedores

La empresa realiza sus compras de acuerdo a un modelo de gestión que garantiza la transparencia, legalidad e igualdad de oportunidades a todos los proveedores que envíen sus ofertas asegurando la calidad en los productos, oportunidad en el servicio y el precio más competitivo, promoviendo la sana competencia en el marco de la legislación vigente.

Utilizaremos el sistema de compras, con el objetivo de adquirir los productos sobre la base de criterios objetivos, que garanticen la disponibilidad de los insumos y los servicios en las mejores condiciones existentes.

El Modelo de Compras, se basa en los siguientes principios:

- Concurrencia e igualdad de oportunidades.
- Transparencia en el proceso de selección de los proveedores.

- Objetividad y unanimidad en la toma de decisiones.
- Confidencialidad en los precios negociados u otras informaciones de los proveedores.
- Vocación de servicio a los clientes internos y externos.
- Cumplimiento mutuo de los compromisos con proveedores, siempre basándose en una orden de compra y/o contrato de suministros.
- Variedad de proveedores que garanticen el abastecimiento de los productos, ajustándose siempre a las necesidades y procesos de Institución.

Para garantizar el cumplimiento de estos principios y promover la eficiencia, el Modelo de Compras se soporta sobre los siguientes instrumentos metodológicos:

- Organización de compras coordinadas que lideran las relaciones con los proveedores.
- Proceso y una normativa común.
- Conflicto de intereses

Establecemos controles para que ninguna persona con interés económico significativo en un proveedor adjudicatario, esté involucrada directa o indirectamente en un proceso de compra o en una decisión asociada a dicho proveedor.

A continuación se resumen las pautas a seguir ante situaciones derivadas de la relación con los proveedores, que puedan generar conflicto de intereses:

- **Relación laboral con proveedores:** Ninguna persona implicada directa o indirectamente en la función de compras podrá mantener relación laboral, sea contractual o no, con un proveedor.
- **Otras situaciones de vínculo con proveedores:** Es posible que personas implicadas en la gestión de la compra o que participen directa o indirectamente en la decisión de adjudicación, mantengan intereses económicos particulares (directos o a través de familiares) en una empresa que participe como oferente en un proceso de compra. En estos casos, cuando la participación sea relevante (al 5% del capital social) tal circunstancia debe ponerse de manifiesto al Responsable de Compras y deben extremarse las medidas de transparencia. Aunque el proveedor no debe ser excluido ni perjudicado por ello, la persona que mantenga tal vínculo debe quedar totalmente al margen de dicho proceso.
- **Recepción de regalos de proveedores:** Con carácter general, no se deberán aceptar regalos de los proveedores. En aquellos casos en que se acepte algún tipo de regalo o invitación (que solo podrá ser de tipo publicitario de bajo costo, comidas de trabajo o invitaciones análogas), o en aquellos en que se tengan dudas sobre lo adecuado que resulta su aceptación, deberá ser comunicado al superior jerárquico que corresponda. Cuando por determinadas circunstancias proceda aceptar algún regalo de mayor valor, éste podrá ser aceptado únicamente en nombre de la empresa y deberá ser puesto a disposición de la misma. Para el caso de actividades académicas como actualizaciones, congresos y/o viajes de capacitación, la asignación de los asistentes será realizada directamente por la Gerencia General y/o Gerencia Científica, quienes delegaran al personal que aplique para dichas actividades.

• **Beneficios personales obtenidos en compras particulares:** Ningún empleado del Área de Compras ni de otras áreas implicadas en los procesos de adjudicación podrá beneficiarse, en compras personales que realice a proveedores, descuentos u otras ventajas que excedan las condiciones generales que se aplican a cualquier otro empleado.

• **Políticas de pagos:** La política de pagos de la compañía aplica para todas las negociaciones y pagos a proveedores tanto de insumos, servicios y demás bienes que adquiere es la siguiente:

PLAZO DE PAGO

- Consumos y medicamentos a 30 Días con descuento financiero o a 60 – 90 días sin descuento financiero.
- Elementos de proveeduría general a 30 o 60 Días si no se pactan descuentos financieros.
- Servicios - Varios a 45 Días.
- Elementos Promocionales y de Publicidad a 30 Días.

Los plazos de pago para los diferentes tipos de adquisiciones o servicios, regirán a partir de la entrega a satisfacción del insumo o servicio en las diferentes sedes de la compañía, anexando su respectiva factura y demás documentos requeridos según sea el caso y como se detallan a continuación.

En caso que el insumo, bien o servicio haya sido entregado a satisfacción y no se haya acompañado de su debida factura, ésta deberá ser radicada en nuestras oficinas, fecha en la cual, comenzará a regir el plazo que le corresponda.

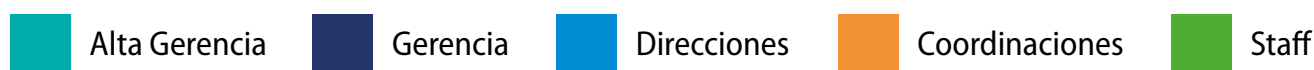
Para que este plazo comience a regir a partir de la fecha de radicación de la factura, se requiere que se hayan entregado o diligenciado los siguientes documentos:

- **Para el caso de insumos y medicamentos:** Factura en original mencionando el número de la orden de compra correspondiente, generada por la compañía. En caso de entregas parciales, deberá facturarse por separado cada una de las entregas haciendo referencia al número de la orden de compra que la ampara y/o al realizar la entrega de la totalidad de los productos, si así fue pactado.
- **Para el caso de servicios:** Factura en original anexando el formato de Orden de servicio y Acta de entrega debidamente diligenciados y firmados en señal de aceptación por parte del solicitante del servicio.

7. Estructura organizacional

1. Organigrama

El esquema del organigrama se tipifica de acuerdo a:



8. Sistema de gestión del riesgo

Actualmente la institución cuenta con un sistema de gestión de Riesgos, cuya descripción completa reposa en el documento ID-MN-106 - Manual de Gestión del Riesgo. (Medida 59, Circular externa 003/2018).

8.1. Objetivo

Establecer las pautas y el marco general de actuación para el control y gestión de los riesgos, con un enfoque en la prevención de eventos no deseados durante la atención del paciente y su familia, teniendo en cuenta la identificación de los riesgos administrativos y asistenciales y el desarrollo de estrategias para su prevención, mitigación y superación, de tal manera que permita la continuidad de los servicios prestados por el Instituto de Diagnóstico Médico S.A, la disminución de las pérdidas y los costos por riesgos materializados y el cumplimiento de los objetivos de la institución, para consolidar al Instituto de Diagnóstico Médico S.A como una institución segura y confiable.

8.2. Alcance

Esta guía aplica para todas los procesos del Instituto de Diagnóstico Médico S.A.

8.3. Establecimiento del contexto - entender la institución y su contexto

Para el Instituto de Diagnóstico Médico S.A. el análisis de contexto externo e interno, es una necesidad no solo para el modelo de gestión de riesgos que se busca, sino para su futuro, para ello se diseñó el Manual de Planeación Estratégica, en donde se determinan y se desarrollan los análisis tanto externos (Análisis PESTA), como internos (Análisis basado en el BSC), que permitan la identificación de los riesgos de la institución, (ver clasificación de los riesgos en este documento) y las oportunidades a las que se encuentra expuesto.

Para obtener los detalles y evidencias del análisis del contexto Interno y el contexto externo (ver Manual de Planeación Estratégica).

Para el análisis del contexto de los procesos, el área de Gestión de Calidad revisó y actualizó todas las caracterizaciones por proceso. (Ver Caracterizaciones por proceso – Manual de Calidad), donde es posible contar con este panorama para el establecimiento de riesgos por procesos.

8.4. Política de gestión del riesgo

La Alta Dirección ha definido y aprobado la siguiente política:

“La Política de Gestión del Riesgo busca viabilizar los objetivos estratégicos de la institución, los cuales se definen en la Política de Calidad, minimizando la incertidumbre para el alcance de los mismos y/o mitigar los efectos no deseados durante la operatividad y los servicios prestados por el Instituto de Diagnóstico Médico S.A., lo anterior mediante la identificación, análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos inherentes a la institución y servicios ofertados. La Alta Dirección del Instituto de Diagnóstico Médico S.A. dispondrá todos los recursos necesarios para que los controles establecidos y los planes de acción se implementen oportunamente y se compromete en revisar y ajustar el modelo de gestión del riesgo cuando así sea necesario, tomando de base los informes periódicos emanados.”

8.5. Objetivos de la gestión del riesgo

- Desplegar a todos los niveles de la institución el enfoque de prevención y control de riesgos.
- Enfocar el modelo de gestión del riesgo al programa de Seguridad de Pacientes, la humanización en la prestación de servicios, al desarrollo competitivo de los colaboradores y al sistema de gestión de calidad (optimización de operaciones y mejoramiento continuo).
- Identificar, analizar, evaluar, tratar y monitorear los riesgos inherentes para todos los procesos que pertenecen al Instituto de Diagnóstico Médico S.A.
- Evaluar los controles establecidos y definir el tratamiento, luego de controles, del riesgo residual para cada uno de los procesos.
- Monitorear la materialización de riesgos, mediante: indicadores, el seguimiento de SNC, el informe de eventos adverso e incidentes, PQRFs y hallazgos de auditorías internas o externas, y emitir informe al respecto trimestralmente.
- Revisar y/o auditar los controles establecidos por procesos, teniendo en cuenta el reporte de riesgos materializados que permitan evaluar si el control está siendo efectivo o no. y establecer planes de acción sí es necesario.
- Determinar una base cuantitativa del comportamiento de los riesgos en el Instituto de Diagnóstico Médico S.A.

8.6. Responsables de la implementación y ejecución del modelo de gestión del riesgo

Gerencia General, es responsable de:

- Aprobar la Política de Gestión de Riesgo
- Gestionar los riesgos estratégicos.
- Brindar los recursos necesarios para la Implementación, ejecución y control del modelo de gestión del riesgo.
- Participar en los comités de socialización de resultados relacionados con el monitoreo y avances de los planes de mejoramiento para la toma de decisiones.

Gestores de Calidad – Riesgos, son responsables de:

- Participar de manera activa en la asesoría y apoyo a los líderes de procesos con el fin de hacer una correcta identificación, análisis, evaluación y tratamiento de los riesgos.
- Diseñar y/o ajustar la matriz de riesgo para una adecuada gestión de los riesgos.
- Hacer seguimiento a los riesgos materializados y realizar las intervenciones pertinentes ante su aparición.
- Desarrollar actividades y diseñar estrategias que promuevan la cultura de trabajo con enfoque a riesgos en la institución.

Líderes de Proceso, es responsable:

- Realizar análisis, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos identificados (factibles y materializados).
- Gestionar los controles existentes.
- Socializar entre su personal los riesgos identificados y los controles implementados para evitar su materialización o minimizar los efectos sobre los objetivos del proceso.
- Registrar oportunamente los datos del indicador “Índice de riesgos materializados” para su proceso.
- Participar activamente en la Identificación de nuevos riesgos y en la definición del tratamiento más óptimo para su gestión.
- Reportar la materialización o incidencias asociadas a los riesgos previamente identificados, ya sea por el módulo de “Eventualidades” para el caso “fallas” asociados a la seguridad de pacientes o en el módulo de SNC para aquellas “fallas” administrativas u operativas que pueden conllevar a un detrimento de los objetivos estratégicos de la institución.
- Definir el plan de acción para el tratamiento del riesgo residual, si es necesario.

Colaboradores, son responsables de:

- Implementar y apoyar en la mejora de los controles definidos por el líder del proceso.
- Reportar la materialización o incidencias asociadas a los riesgos previamente identificados, ya sea por el módulo de “Eventualidades” para el caso “fallas” asociados a la seguridad de pacientes o en el módulo de SNC para aquellas “fallas” administrativas u operativas que pueden conllevar a un detrimento de los objetivos estratégicos de la institución.

8.7. Rendición de cuentas

La Alta Dirección velara por la gestión de los riesgos estratégicos, la aprobación de planes o acciones de mejora inclusive los controles a establecer para prevenir eventos no deseados durante la ejecución de la Planeación Estratégica.

Cada líder de proceso es quien debe gestionar los riesgos identificados para su proceso y mantener los controles implementados, para esto cada proceso contará con una “Matriz de Gestión de Riesgos”, la cual contendrá diferentes riesgos de acuerdo a la clasificación, tal como se menciona en el presente documento.

El proceso de Seguridad de Paciente será el garante de la gestión de los riesgos asistenciales, en conjunto con los líderes de servicios.

Gestión de Calidad realizara el monitoreo de riesgos materializados y emitirá trimestralmente informes de riesgos materializados de acuerdo a las fuentes determinadas para tal, así mismo el área de Gestión de Calidad es el responsable de que el Modelo de Gestión del Riesgo - MGR y su marco de referencia se implemente bajo las directrices de la Alta Dirección, su monitorización y seguimiento y el apoyo para la actualización de las matrices de riesgos, así mismo socializara entre la Alta Dirección y Líderes de Proceso los resultados del monitoreo y seguimiento al MGR que se realicen de manera periódica

9. Comunicación

9.1. POLITICA DE COMUNICACIÓN E IDENTIDAD CORPORATIVA

(Medida 66, Circular externa 003/2018)

Desarrollar una política de comunicación e identidad corporativa significa para los grupos de interés un sustento ético que repercutirá directamente en la atención en salud. Asimismo, la implementación de esta política permite identificar los objetivos que tiene la organización a mediano y largo plazo, generando en todos los niveles un empoderamiento para realizar el trabajo dentro de unos mismos parámetros de acción.

9.1.1. Objetivo

Implementar un modelo de comunicación efectiva enfocada en la atención humanizada de los servicios de salud, impulsada con estrategias transparentes y veraces que motiven la participación constante de nuestros grupos de interés y refuercen nuestra imagen institucional.

9.2. PLAN ESTRATÉGICO DE COMUNICACIÓN 2018 – 2019

(Medida 67, Circular Externa 003/2018)

El presente Plan Estratégico de Comunicación 2018 - 2019 (PEC), tiene como finalidad impulsar a través de la comunicación efectiva una atención más cálida y humanizada a los usuarios en la prestación de los servicios.

Para este plan se realizó una consulta bibliográfica importante, así como la revisión de referencias de otros planes de comunicación del sector salud en Colombia. Igualmente tiene un soporte normativo basado en el Manual de Acreditación y la Norma ISO 90001:2015.

Asimismo, se llevó a cabo, un análisis de la situación actual (primer trimestre de 2018) con el fin de obtener una revisión detallada para fijar los objetivos, estrategias y tácticas a implementar durante el año 2018 y 2019. Gracias a la Matriz del Marco Lógico, que sirvió como guía y evaluador del plan, se logró ubicar los componentes y las actividades a desarrollar basados en los supuestos que sirven de modelo para lograr el objetivo de este plan.

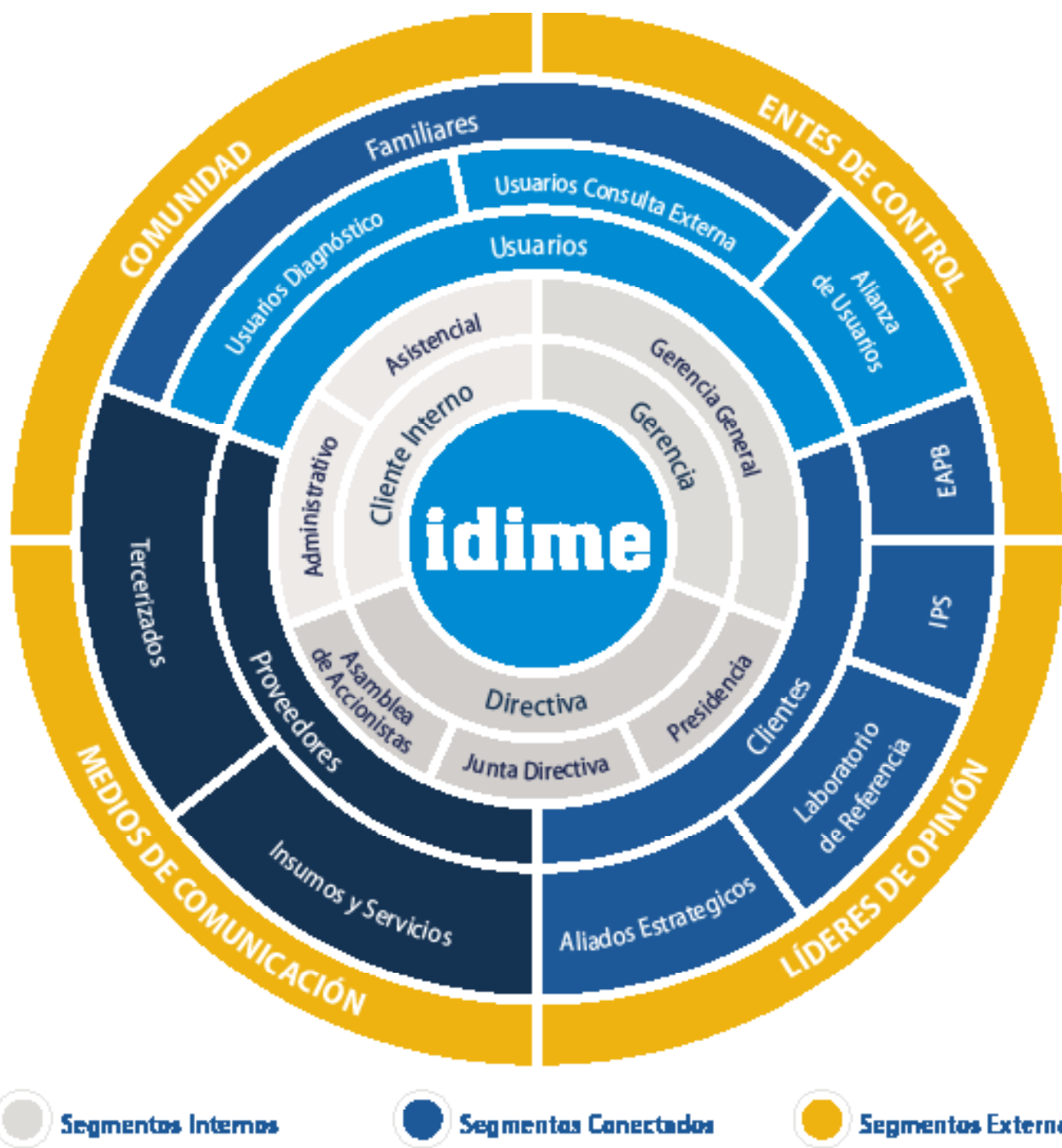
El Plan Estratégico de Comunicación orienta de manera transversal la comunicación en toda la institución y por tal razón para efecto de la Comunicación interna, cada servicio tendrá su Matriz de Comunicación (Ver ejemplo de Gerencia General), en la que se definirá:

- Quien comunica
- Que comunica
- A quien Comunica
- Como comunica
- Cuando Comunica

Para lo anterior es importante tener en cuenta los grupos de interés en comunicación:

Quién comunica	Qué comunica	A quién comunica	Cómo comunica	Cuándo comunica
Gerente General	Resultados del "Verificar del ciclo PHVA"	A todos los segmentos internos	<u>Medios internos:</u> Boletín informativo - banners	Cuando se tengan los resultados del "Verificar"
Gerente General	Direccionamiento estratégico de la empresa	A todos los segmentos (internos/ conectados/ externos)	<u>Medios de comunicación interna:</u> Intranet, información fija, Revista IDIMELO (editorial), fondos de escritorio y de inicio, boletín informativo, banners. <u>Medios de comunicación externa:</u> Sitio web, redes sociales (facebook, twitter), blog, cartillas empresas.	Cuando se actualice y cuando la gerencia general lo considere necesario.
Gerente General	Definición de las necesidades de los colaboradores	<u>Segmento interno:</u> Cliente interno	<u>Medios de comunicación interna:</u> Gerencia de puertas abiertas	Mensual
Gerente General	Seguimiento de los avances en acreditación	<u>Segmento interno:</u> Cliente interno	<u>Estrategia comunicativa:</u> Gerencia de puertas abiertas en las sedes.	Semestral

Los medios de comunicación con los que cuenta el Instituto de Diagnóstico Médico S.A son:



Los medios de comunicación con los que cuenta el Instituto de Diagnóstico Médico S.A son:

- Correo Institucional
- Intranet.
- Medio Físico: Cartas y Memorandos.
- Periódico Digital Ídmelo
- Fondos de escritorio
- Gerencia de puertas abiertas
- Buzón de sugerencias
- Boletín informativo – banners

Los siguientes medios de comunicación interna son propuestas para desarrollar durante el año 2018 y 2019, la idea principal es abarcar más canales con fin de tener más opciones para publicar al cliente interno. En esta parte también se proponen las modificaciones que se van hacer a los medios de comunicación actuales.

Fondo escritorio de inicio: Pieza gráfica inicial que aparece una vez el colaborador inicie su sesión desde el computador. Su periodicidad será mensual, de tipo unidireccional y descendente. A través de esta representación, el personal visualizará mensajes de refuerzo relacionados con temas afines a la organización como el direccionamiento estratégico.

Boletín informativo - banners: Publicación digital que tiene como propósito informar, formar y entretener por medio de noticias, notas y novedades relevantes, así como campañas internas, para fortalecer el clima laboral y sentido de pertenencia en los colaboradores. Se envía por correo a los colaboradores, funciona como Mailing. Asimismo, permite la dinamización de los flujos informativos en la organización. Su periodicidad es semanal, mensual o bimestral, de tipo multilateral y descendente.

Intranet: Sitio web interno que tiene como fin la socialización de contenidos gráficos e información transversal y de interés para toda la institución. Su periodicidad es diaria, de tipo multilateral y descendente.

Revista Idimelo: Revista institucional en formato digital que tiene como objetivo la socialización y divulgación de datos, información, artículos de interés y eventos relacionados con la entidad. Su periodicidad trimestral, de tipo multilateral y descendente.

Buzón de sugerencias: Canal interno disponible para la comunicación entre los colaboradores y la Gerencia de Gestión del Talento Humano. Su periodicidad es mensual, de tipo bidireccional y ascendente. Por medio de este canal, todo el personal puede expresar sus ideas y opiniones respecto a un tema en especial. Esta interacción se da mediante un formulario digital que funciona de manera anónima (si así lo desea la persona), el cual se dirige hacia esta gerencia para realizar las mejoras correspondientes que beneficien el bienestar del personal y mejoren el clima organizacional.

Correo electrónico: Este correo es exclusivo para temas relacionados con el ámbito laboral. El Jefe o Coordinador de Área, autoriza el personal que puede utilizar el correo tanto interno como externo, para lo cual envía una solicitud a través del programa de Athenea al área de sistemas.

Cartas y memorandos: La comunicación escrita de carácter interno es de suma importancia para comunicar asuntos institucionales e información formal, asimismo, orientación y pautas de disposición, consultas y órdenes a las áreas o dependencias donde se expone algo que debe ser tenido en cuenta, para un determinado asunto. Que cuente con buena redacción para que su comprensión sea realmente lo que se quiere expresar. Igualmente este medio físico deja un soporte de constancia sobre el trabajo que se solicita.

Comunicación telefónica: La comunicación telefónica es otro punto importante ya que cada área de la organización cuenta con una o más extensiones, las cuales puede consultar en el directorio que se encuentra en una de las ventanas de la intranet, con el fin de suplir las necesidades de la distancia y tener una eficacia en el proceso de comunicativo



idime